UNIVERSITE SCIENTIFIQUE et MEDICALE
de GRENOBLE
MEDECINE et PHARMACIE

Domaine de LA MERCI
LA TRONCHE

Année 1972

N° d'Ordre : 75

TITRE DE LA THESE

Suites lointaines comparatives de 109 gastrectomies pour ulcère selon les techniques de Billroth II, Péan, et Polya.

THESE

présentée
à l'Université Scientifique et Médicale
de GRENOBLE,
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT - D'UNIVERSITE

par

Monsieur LAISNE Dominique

né le 16 septembre 1945
à Paris XVè

Cette thèse sera soutenue publiquement le 27 novembre 1972 devant M. Le Professeur BARRIE, Président du Jury et MM. les Professeurs BONNET-EYMARD, BOUCHET
M. le Docteur TOURAINE, Ancien Chef de clinique chirurgicale des Hospices de Lyon.

UNIVERSITE SCIENTIFIQUE et MEDICALE
de GRENOBLE
MEDECINE et PHARMACIE

Domaine de LA MERCI
LA TRONCHE

Année 1972

N° d'Ordre :

TITRE DE LA THESE

Suites lointaines comparatives de 109 gastrectomies pour ulcère selon les techniques de Billroth II, Péan, et Polya.

T H E S E

présentée
à l'Université Scientifique et Médicale
de GRENOBLE,
pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT - D'UNIVERSITE

par

Monsieur LAISNE Dominique

né le 16 septembre 1945
à Paris XVè

Cette thèse sera soutenue publiquement le 27 novembre 1972 devant M. Le Professeur BARRIE, Président du Jury et MM. les Professeurs BONNET-EYMARD, BOUCHET
M. le Docteur TOURAINE, Ancien Chef de clinique chirurgicale des Hospices de Lyon.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur J. BARRIE
de la Clinique chirurgicale (Canel A)

qui a su accueillir ce travail avec intérêt

A NOS MAITRES

Monsieur le Professeur J. BONNET-EYMARD
du service de pathologie médicale (Pavillon A)

Monsieur le Docteur Y. BOUCHET
Maître de conférence agrégé d'Anatomie

qui m'ont enseigné avec conscience

AU DOCTEUR TOURAINE

Chirurgien à l'Hôpital de Pont-de-Beauvoisin

qui m'a offert avec aimabilité l'accès à ses dossiers et qui a été durant toute cette année de stage interné plus que confraternel

A MA FEMME

qui m'a toujours apporté la joie

A MES PARENTS

à qui je dois d'avoir pu poursuivre mes études

TOUTE MA GRATITUDE

INTRODUCTION

Le Docteur Touraine de Pont-de-Beauvoisin a pratiqué dans son service depuis 1952 : 221 gastrectomies pour ulcère. Ces dossiers nous fournissent les renseignements suivants :

- Indications opératoires
- Technique opératoire
- Résultats de l'intervention dans l'année qui a suivi. Au cours de cette année, tous les sujets ont subi au moins une radiscopie barytée
- Résultats plus tardifs, lorsque des complications sont survenues.

Ces interventions s'échelonnent sur une période de vingt ans de 1952 à 1972 ; les différents types de gastrectomie pratiqués se répartissent ainsi :

- 64 interventions type BILLROTH II, soit 29 %
- 65 interventions type PEAN, soit 29,5 %
- 102 interventions type POLYA, soit 46 %

Les autre types d'interventions étant en nombre très minime , nous ne les avons pas retenus pour ce travail.

Les interventions type PEAN ont été pratiquées à une époque récente,

les BILLROTH II sont les plus anciennes,

les POLYA s'échelonnent de façon intermédiaire

Nous avons étudié les suites précoces de tous les patients ; et les suites lointaines de 109 gastrectomisés qui ont répondu au questionnaire que nous leur avons adressé. Nous avons ajouté à ces 109 sujets, trois dossiers de patients qui ont dû être réopérés. (tableau répartition des suites lointaines).

Il est évident que les gastrectomisés type PEAN ayant répondu au questionnaire, sont en nombre plus important puisque ce sont les patients qui ont été opérés le plus récemment.

Nous pouvons de plus estimer, d'après ce tableau, que le nombre des sujets ayant répondu est représentatif de chaque type d'intervention pratiqué.

Les patients qui n'ont pas répondu au questionnaire soit 50,5 % se répartissent en :

- sujets qui ont quitté la région sans laisser leur adresse : 26 cas soit 11,6 %,
- décédés : 28 cas soit 12,6 %
- sujets n'ayant pas répondu par négligence : 60 cas soit 37 % (après deux envois successifs du questionnaire).

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Sujets ayant répondu au questionnaire	19	43	47	109
Sujets réopérés	3	-	1	
Total suites lointaines	22 50 %	43 66 %	48 47 %	113 51 %
Nombre total de gastrectomies	44 100 %	65 100 %	102 100 %	221 100 %

TECHNIQUE CHIRURGICALE

La technique des BILLROTH II a été largement inspirée par celle du Professeur Robert DESJACQUES.

Après dépouillement de la grande courbure et ligature au passe-fil de la pylorique, le duodénum est disséqué puis sectionné ; un surjet de catgut ferme la muqueuse puis le duodénum est enfoui par deux bourses au lin ; sur la dernière est appliqué le moignon des vaisseaux pyloriques.

On termine alors le dépouillement de la grande courbure jusqu'au niveau des premiers vaisseaux courts ; la coronaire est ensuite liée au passe-fil au-dessus du bord supérieur du pancréas.

Après section de l'estomac, la tranche gastrique est fermée par 3 surjets : le 1er au catgut intéresse la muqueuse, les 2 suivants au lin portent sur la musculo-séreuse.

Dans les derniers BILLROTH II, cette fermeture est faite en deux plans extra-muqueux à points séparés d'ercédek 00 ou de liganyl 0.

L'anastomose est réalisée en transmésocolique sur la face postérieure de l'estomac et la 1ère anse

jéjunale à brève distance de l'angle duodéno-jéjunal grâce au bouton de Desjacques chez l'homme ou au moyen Villard chez la femme. Une couronne de points sérarés de liganyl séro-séreux entoure l'anastomose qui est passée dans l'étage sous-mésocolique.

La technique des POLYA précoliques différait par la confection et la place de l'anastomose.

Après dépouillement de la grande courbure et ligature de la pylorique, le duodénum est enfoui comme précédemment ; puis la coronaire est liée. La 1ère anse jéjunale montée devant le côlon est orientée de la petite à la grande courbure. L'anastomose intéresse toute la tranche gastrique ; elle est réalisée à l'aide de 3 surjets (1'1 au catgut sur la muqueuse, les 2 autres au lin sur la musculo-séreuse) ; le plan postérieur comme le plan antérieur sont formés de deux hémi-surjets de façon à ne pas trop rétrécir l'anastomose.

La technique des PEAN comporte essentiellement une anastomose gastro-duodénale termino-terminale. Elle se déroule entièrement dans l'étage sus-mésocolique.

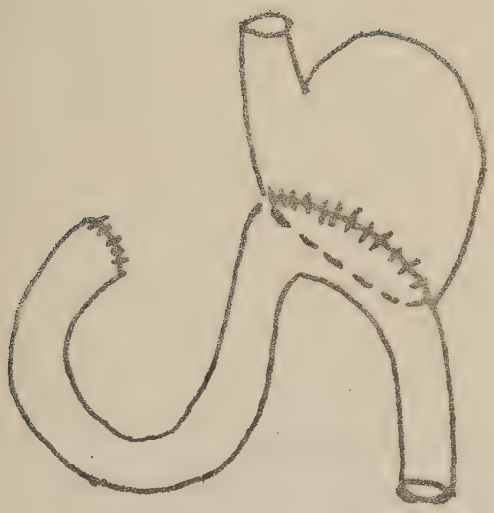
Après dépouillement de la grande courbure, on procède à la ligature de la pylorique puis de la coronaire. Après section de cette artère entre deux ligatures, on dissèque minutieusement la moitié supérieure de la petite courbure jusqu'au cardia en liant et en sectionnant tous les rameaux vasculaires et nerveux allant du petit épiploon à l'estomac : ce faisant, nous pouvons réaliser une vagotomie de type sélectif.

La gastro-duodénectomie est alors terminée par anastomose gastro-duodénale termino-terminale en deux plans

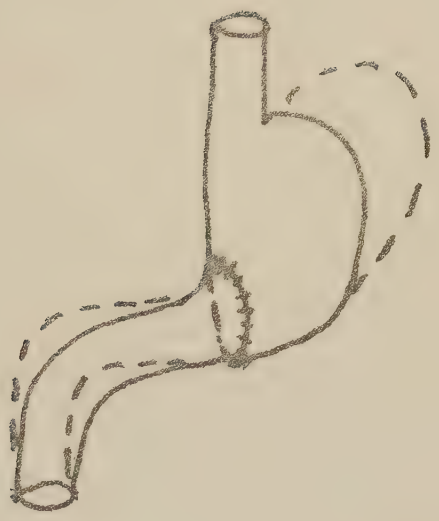
extra-muqueux à points séparés d'ercédek 00 ou de liganyl 0. En raison de l'incongruence de l'estomac et du duodénum il faut "tricher" les points étant plus espacés sur l'estomac que sur le duodénum. Volontiers, le moignon des vaisseaux coronaires est appliqué sur l'angle interne de l'anastomose.

Dans toutes les gastrectomies pour ulcère calleux "perforé-bouché", le fond a été laissé en place que ce soit sur le pancréas, le foie, le petit épiploon... Il a été électro-coagulé ou simplement badigeonné au mercurochrome à l'alcool.

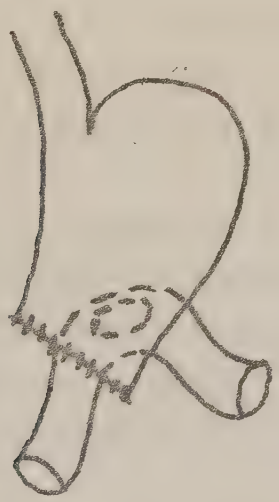
Enfin, toute la chirurgie gastrique est faite sous aspiration.



GASTRO-JEJUNOSTOMIE
TERMINO-LATERALE
TYLE POLYA



GASTRO-DUODENOSTOMIE
TERMINO-TERMINALE
TYLE PEAN



GASTRO-JEJUNOSTOMIE
LATERO-LATERALE
TYLE BILLROTH II

PARTIE I

ETUDE DE L'ENSEMBLE DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS

PAR LES DOSSIERS DES 221 CAS

Dans cette première partie nous ne tiendrons pas compte des renseignéments donnés par le questionnaire. Nous utiliserons seulement les dossiers du Docteur TOURAINE.

Nous examinerons successivement :

- les suites immédiates
- les complications
- la mortalité
- l'influence de certains facteurs

CHAPITRE I : SUITES IMMEDIATES

Dans les semaines et les mois qui ont suivi l'intervention

I - LE POIDS

Remarque préalable :

Les variations de poids sont indiqués pour 138 sujets sur 221 soit 62,5 %. (tableau 1)

Nous remarquons que la plupart des sujets ont pris du poids dans les suites de leur intervention.

Nous avons voulu voir si ces variations étaient parallèles à l'évolution du sujet. (tableau 1 bis)

Les complications ne sont pas toutes survenues dans les suites immédiates ; ce qui explique les chiffres peu évocateurs.

Par contre, la majorité de ceux qui ont perdu du poids, se trouve parmi les sujets qui ont eu des suites perturbées.

Pour THIRION (30) qui a étudié le déficit post-opératoire précoce des gastrectomisés à partir des observations de SANTY et MALLET-GUY, l'impression est différente : "il n'a été trouvé aucune relation entre la lente reprise de poids et les troubles subjectifs qu'ont présenté les opérés". Mais par contre : " le déterminisme du

TABLEAU I

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Gain	26 79 %	32 89 %	48 72,5 %	106 77 %
Perte	7 21,5 %	6 15,8 %	17 27 %	30 21,7 %
Stabilisé	1	-	1	2
Total variations connues	33 100 %	38 100 %	66 100 %	138 100 %
Variations inconnues	11	27	36	83

TABLEAU I Bis

	Suites simples	Suites Perturbées	Suites compliquées	Total nombre variations connues
Perte	8 27,5 %	18 62 %	3 10,4 %	29 100 %
Gain	69 64,5 %	21 19,6 %	17 15,8 %	107 100 %
				137 sur 221 cas soit 68%

déficit pondéral post-opératoire est dans une large mesure élucidé par l'exploration radiologique de l'estomac restant, par les déterminations de son chimisme et par l'étude de la sécrétion pancréatique". (dans cette série la plupart des gastrectomisés était de type POLYA).

Qualitativement, les variations de poids en plus ou en moins sont pour 20,7 % supérieures à 5 kg et pour 79 % inférieures à 5 kg. (tableau II)

D'après le tableau 1, les résultats étaient comparables pour les trois techniques.

D'après le tableau II, la technique de POLYA donne les variations les plus faibles qualitativement.

II - LES SUITES SIMPLES OU PERTURBEES

(tableau II bis)

46 cas sur 221 soit 20,7 % ont eu des suites non idéales :

- à type de troubles digestifs
- de troubles psychologiques
- d'asthénie.

Dans ce tableau nous avons classé les sujets aux suites simples ou perturbées, indépendemment des suites compliquées : car celles-ci ne sont pas toutes survenues dans les suites précoces.

C'est pourquoi nous avons traité le chapitre "complications" à part.

TABLEAU II

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Perte supérieure à 5 kg	6 8,55 %	3 50 %	1 5,9 %	10 33,3 %
Nombre total de ceux ayant perdu du poids	7 100 %	6 100 %	17 100/%	30 100 %
Gain supérieur à 5 kg	9 34,5 %	8 25 %	2 4,16 %	19 18 %
Nombre total de ceux ayant gagné du poids	26 100 %	32 100 %	48 100 %	106 100 %

TABLEAU II Bis

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Suites simples	20 62,5 %	39 71 %	64 78 %	123 73 %
Suites perturbées	12 37,5 %	16 27,3 %	18 22 %	46 27,2 %
Total des sujets n'ayant pas fait de complication	32 100 %	55 100 %	82 100 %	169 100 %

CHAPITRE II : COMPLICATIONS

Pour 42 cas sur 221, soit 19,1 % est survenue une complication précoce ou lointaine.

Nous avons classé ce chapitre ainsi :

- complications locales de la gastrectomie
- autres complications opératoires
- complications en rapport avec l'état général

A - COMPLICATIONS LOCALES

I - Complications locales post-opératoires immédiates

. Fistules

Mr FONT... - homme - 60 ans à l'intervention - opéré pour syndrome épigastrique aigu avec radiologiquement image d'ulcère calleux sous-cardiaque.

Le 30.3.71 : opération de PEAN avec vagotomie. Il s'agissait d'un ulcère calleux de la partie haute de la petite courbure.

Le 8.4.71 : hématémèse suivie de collapsus. 9.4.71 : éviscération. 22.5.71 : cachexie, diagnostic d'abcès du poumon droit. Décès.

Mr AND... - homme - 18 ans à l'intervention - ulcère perforé.

Le 5.11.56 : BILLROTH II aubouton Moyen Villard transmésocolique - anatomie : ulcère perforé de la face antérieure du duodénum, siègeant loin à droite du pylore.

Au 9è jour : hématémèse précédant fistulette duodénale ; puis suites immédiates bonnes (prend 7 kg en 1 mois).

- 0 -

Mr BOUR... - homme - 41 ans à l'intervention - éthylique. Opéré pour crises douloureuses épigastriques avec déformation du bulbe duodénal radiologique déjà en 1969.

Le 17.9.71 : PEAN + vagotomie. Anatomie : ulcère calleux duodénal très sténosant. Le 22.9.71 : hémorragie digestive suivie de fistule.

Le 23.9.71 : intervention : il y avait deux litres de sang dans l'estomac. Le 27.10: réintervention : recoupe gastrique - intervention de POLYA FINSTERER.

Le 3.11.71 : nouvelle fistule, qui se stoppera d'elle-même. le 14.2.72 : avait repris 5 kg.

- 0 -

Mr FERR... - homme - 42 ans à l'intervention - éthylique. Syndrome ulcéreux duodénal depuis 10 ans. Vomissements de stase - moeléna. Radiologie : ulcère calleux duodénal.

Le 12.9.57 : BILLROTH II au Moyen Villard à la face postérieure de l'estomac. Anatomie : ulcère calleux de la face postérieure du duodénum "perforé-bouché" dans le pancréas et ayant ulcéré le cholédoque. L'ulcère siège loin à droite du pylore. Opératoirement, la dissection étant très difficile, le chirurgien blesse le cholédoque.

Suites : abcès pariétal (mise à plat le 22.10.57) et fistule pancréatique. Février 58 : éventration. Suites bonnes.

Mr DESC... - 56 ans à l'intervention - homme - éthyle. Ulcère perforé.

Le 20.12.55 : BILLROTH II au Moyen Villard. Anatomie : ulcère pré-pylorique.

Suites : fistule duodénale de 4 à 5 jours. Puis suites bonnes.

- 0 -

Mr JEHL... - éthyle - 57 ans à l'intervention - homme. Souffre depuis 10 ans. Radiographie : niche du bulbe duodénal.

le 3.11.55 : BILLROTH II au Moyen Villard. Anatomie : ulcère calleux du 1er duodénum, bord supérieur.

Suites : fistulette - puis éventration au début de l'année 56 - suites bonnes.

- 0 -

Mme GEN... - femme - 64 ans à l'intervention.
31.7.63 : hémorragie digestive - radio : ulcère duodénal.
22.8.69 : récidive hémorragique - choc.

Le 26.8.69 : PEAN + vagotomie. Anatomie : ulcère calleux hémorragique du 1er duodénum.

Au 7è jour : fistule, tarie au 9è jour. Suites bonnes.

- 0 -

Mme BERT... - femme - 66 ans à l'intervention - obèse. Syndrome ulcéreux depuis 1958 - Hémorragie.

Le 17.6.66 : POLYA précolique. Anatomie : ulcère calleux duodénal "perforé-bouché" dans le pancréas.

Suites : au 7è jour, syndrome abdominal aigu. Le 24.6.66 réintervention pour occlusion due aux adhérences opératoires d'une ancienne opération gynécologique. Vérication de la suture duodénale. Suites : fistule duodénale. Suture secondaire. Suites bonnes.

Mr CHAR... - homme - 60 ans à l'intervention - opéré pour ulcère de l'angulus.

Intervention : POLYA.

Suites : fistule. Eventration. Puis suites bonnes.

• Angiocholite

Mme FORE... - femme - 40 ans - éthyle. Syndrome abdominal aigu.

Le 2.3.63 : POLYA. Anatomie : perforation d'ulcère duodénal antérieur "perforé-bouché" dans le pancréas.

Le 9.4.63 (1 mois après) : collapsus avec anurie ; angiocholite hyperazotémique. Suites bonnes.

• Oedème précoce de la bouche anastomotique

Mr PERR... - homme - 65 ans à l'intervention. Opéré pour niche encastrée de l'angulus, radiologiquement.

Le 27.9.57 : BILLROTH II au Moyen Villard. Anatomie : ulcère de l'angulus + ulcère duodénal.

Au 8è jour : oedème de la bouche anastomotique. Cède à l'aspiration. 18.11.57 : a pris 4 kg.

- 0 -

Nous avons donc sur 11 complications, 9 fistules Ces fistules ne se sont terminées que pour un seul cas par un décès. L'intervention avait été pratiquée pour deux cas sur ulcère perforé. Il s'agissait pour cinq autres cas d'ulcères duodénaux calleux dont :

- 2 "perforés-bouchés" dans le pancréas (dont un cas présentait une ulcération du cholédoque associée).

- 1 sténose duodénale.

Il semble donc que cette complication survienne en majorité dans le cas de gastrectomies pour ulcère duodénal.

Pour le cas d'angiocholite, l'indication avait été portée pour ulcère duodénal perforé cliniquement. Il s'agissait anatomiquement d'un ulcère duodénal "perforé-bouché" dans le pancréas.

Ces complications sont survenues sur des sujets âgés de 40 à 60 ans. Il y avait sur ces 11 cas, 5 éthyliques.

Quant au cas de sténose transitoire, HILLEMAND (15) nous dit que anatomiquement "l'oedème précoce de la bouche d'anastomose est très fréquent, éphémère et peu gênant".

II - Hémorragies digestives post-gastrectomies

Nous en comptons 10 cas ; pour 5 cas elles se sont accompagnées d'un cortège clinique qui a fait évoquer l'ulcère anastomotique (ulcères anastomotiques dont le diagnostic a été confirmé par la suite). Ces 5 cas seront étudiés dans le chapitre suivant.

Pour 1 cas, il s'agissait de gastrite diffuse hémorragique.

Mr SAUT... - homme - 33 ans à l'intervention - intervention pour hémorragie.

Le 6.4.58 : BILLROTH II avec bouton Desjacques. Anatomie : ulcère duodénal hémorragique.

Le 16.7.58 (3 mois après l'intervention) moeléna. Le 15.2.62 : hématémèse. 1968 : moeléna - transfusion Gastroscopie : gastrite hémorragique.

Pour 3 cas, l'hémorragie n'a pu être rattachée à ses véritables causes.

Mr VAGN... - homme - 32 ans à l'intervention - éthyle. 1955 : moeléna. Ulcère duodénal durant depuis 4 ans. 1956 : radio : ulcère duodénal.

Le 11.1.57 : BILLROTH II au Moyen Villard. Anatomie : ulcère duodénal .

Le 2.4.57 : malaises post-prandiaux à type de Dumping Syndrome. Radio : passage rapide. Le 16.5.61 : hémorragie ; aspect radiologique normal. Suites bonnes.

- 0 -

Mr DERR... - homme - 28 ans à l'intervention. Opéré pour sténose du pylore.

Le 4.12.59 : POLYA. Anatomie : ulcère duodénal juxta-pylorique.

Le 6.6.60 : hémorragie intestinale de sang rouge rattachée à des hémorroïdes. 1961 : hospitalisé pour troubles gastriques et hémorragie. Radio : r.a.s. Suites assez bonnes.

- 0 -

Mr CAVAL... - homme - 28 ans à l'intervention. Opéré pour ulcère duodénal.

Le 19.7.48 : POLYA.

1960 (12 ans après) : hématémèse. Radio : r.a.s

Suites : ce sujet a répondu à notre questionnaire. En 1972 : il se plaint de diarrhée permanente qui l'oblige à s'allonger après les repas et de troubles hépato-vésiculaires. N'a pas perdu de poids. Travaille normalement.

III - Complications locales portant sur la bouche d'anastomose

• Sténose pour calcification de la cicatrice

Mr VARL... - homme - 52 ans à l'intervention. Opéré pour syndrome épigastrique durant depuis plusieurs années. Radio : lésion pré-pylorique.

Le 22.8.66 : PEAN + DRAGSTED. Anatomie : cicatrice étoilée pré-pylorique et ulcère bénin de la petite courbure.

Le 6.9.66 : intervention pour occlusion. Anatomie : cicatrice calcifiée qui étrangle l'anastomose. Histologie : tissu osseux métaplasique. Suites bonnes.

• Ulcères anastomotiques

Remarque :

Un certain nombre de nos patients ont été réopérés selon la technique de PEAN ou POLYA pour ulcère anastomotique, survenu sur gastro-entéro-anastomose. Ces cas sont au nombre de 3. Pour un cas l'intervention primitive avait été pratiquée par un autre chirurgien. Nous avons inclus ces 3 cas dans notre étude par souçi d'intérêt.

Nous avons également inclus 3 autres cas opérés selon la technique de POLYA par d'autres chirurgiens, et qui ont été réopérés par le Docteur TOURAINE.

Au total sur 10 ulcères anastomotiques réopérés, 4 concernent des patients opérés selon la technique de BILLROTH II et POLYA par le Docteur TOURAINE. (tableau III).

8 sur 11 de ces patients avaient subi leur première intervention pour ulcère duodénal, soit 72,5 %

Selon MOREAUX et LE QUINTREC (21) : "l'ulcère anastomotique est rarement secondaire aux ulcères gastriques qui sont peu sécrétants et compliquent surtout les ulcères duodénaux".

Lors de l'intervention primitive, l'ulcère était calleux 4 fois sur 10. Pour certains auteurs, opérer un ulcère en poussée évolutive, expose à la survenue d'un ulcère anastomotique. Pourtant pour MOREAUX et LE QUINTREC (21) : "en réalité, les interventions pratiquées pour une complication de la maladie ulcéreuse (hémorragie, perforation, sténose) ne sont pas grevées d'un plus grand pourcentage d'ulcères anastomotiques que les interventions pratiquées pour un ulcère simple résistant au traitement médical".

Ajoutons que pour 2 cas de nos ulcères anastomotiques l'intervention avait été primitivement pratiquée pour ulcère perforé.

- Le terrain était déjà défavorable lors de la première intervention pour 2 patients.

- 2 interventions type gastro-entéro-anastomose sur 10 au total pratiquées par le chirurgien se sont compliquées d'ulcère anastomotique, soit 20 %.

TABLEAU III

	G.E.A.	BILLROTH II	PEAN	POLYA
INTERVENTION PRIMITIVE	. Dam... 1953 GEA . Pell... 1963 GEA + dragstedt (autre chirurgien) . Gagn... 1950 GEA	. AG... 1957 BII . Berth... 1958 B II . Guill... 1957 B II	. Row... 1969 Péan + Vagotomie	. AG... 1958 Polya . Falq... date ? Polya (autre chirurgien) Schur... 1939 Polya autre chirurgien . Bay... Polya 1959 autre chirurgien
CAUSES DE L'INTERVENTION PRIMITIVE	. Dam... ulcère perforé duodénal . Pell... ulcère duodénal . Gagn... ulcère duodénal	. AG... ulcère duodénal calleux . Berth... ulcère duodénal calleux . Guill... ulcère duodénal calleux	Row... Ulcère prépylorique	. AG ulcère calleux anastomotique . Fulq... ? . Schm... ulcère duodénal . Bay... ulcère duodénal
TERRAIN		. AG... prédications antirhumatismales . Berth... problèmes familiaux graves		. AG... prend aspirine malgré l'intervention
TEMPS DE SURVENUE APRES L'INTERVENTION	. Dam... 1966-13 ans . Pell... 1969-6 ans . Gagn... 1961-11 ans	. AG... 1958-7 mois . Berth... 1971-13 ans . Guill... 1960-3 ans	. Row... 1971-2 ans	. AG... 1965-7 ans . Falq... ? . Schm... 19 ans . Bay... 1969-10 ans

La cause de survenue des ulcères anastomotiques sur gastro-entéro-anastomose est admise depuis bien longtemps. Et il ressortait déjà du congrès de chirurgie de 1930 que l'ulcère peptique était dû dans la plupart des cas à une persistance de sécrétion acide gastrique. Pourtant, pour une troisième gastro-entéro-anastomose (intervention pratiquée par un autre chirurgien, mais réopéré par le Docteur TOURAINE) une vagotomie avait été associée à l'intervention : la présence d'une hernie hiatale lors de cette réintervention montre que la section des vagues avait été faite par voie abdominale ; comportant donc, pour certains auteurs, un risque plus élevé d'être incomplète que par voie thoracique.

- 3 ulcères anastomotiques sont survenus sur des opérés type BILLROTH II, parmi eux un très mauvais terrain (tableau III) qui récidivera après réintervetion type POLYA.

- 4 ulcères anastomotiques sur POLYA (dont 3 faits par d'autres chirurgiens). 1 cas concerne la récidive mentionnée ci-dessus. Pour ce patient, une recherche de syndrome de ZOLLINGER-ELLISON en centre spécialisé s'est avérée négative. Il s'agissait en fait d'une femme qui, malgré ses 2 interventions gastriques successives persévérait à suivre un traitement médicamenteux anti-rhumatismal, type aspirine. Pour 1 des 3 POLYA non pratiqué par le chirurgien, le compte-rendu opératoire lors de la réintervention mentionne : "le moignon duodénal laissé en place était important". L'exérèse était donc trop limitée vers la gauche,laissant certainement subsister une portion importante de muqueuse acide.

- cliniquement :

× le délai d'apparition varie dans notre statistique de 7 mois à 19 ans (tableau III). Pour WYCHULIS (36) et MOREAUX (21), le délai d'apparition est plus tardif après gastro-entérostomie qu'après gastrectomie.

WYCHULIS (36) pense que l'absence de l'antre sécrétant un inhibiteur de l'activité gastrique, serait la cause de la précocité de la récidive dans les interventions qui sacrifient cette portion de l'estomac.

Pour MOREAUX (21), ce phénomène n'a pas d'explication physiologique précise.

× Ces ulcères anastomotiques se sont manifestés par : douleur, amaigrissement et hémorragie digestive. Nous notons la présence d'hémorragie 6 fois sur 11. La confirmation radiologique a été faite pour 6 cas sur 11. En ce qui concerne le cas type PEAN, le diagnostic n'est que probable puisqu'après passage en centre spécialisé un an après l'intervention, l'indication opératoire n'a pas été portée. Cette patiente nous a répondu au questionnaire 2 ans après l'intervention au sujet de ses douleurs : "ce n'est pas les mêmes douleurs qu'avant l'opération. J'ai l'estomac qui serre et des envies de vomir". Elle a d'autre part des vomissements alimentaires, des malaises post-prandiaux, type Dumping-Syndrome, un poids de 37 kg qui n'a pas varié depuis l'opération. Elle est âgée de 40 ans.

- anatomiquement :

L'aspect de l'ulcère anastomotique est calleux avec inflammation de la bouche. Il siège en cas de gastro-jéjunostomie sur le siège jéjunal de l'anse efférente, ou à cheval sur la bouche d'anastomose.

- pour 1 cas l'ulcère était hémorragique.
- évoluant vers le côlon transverse pour 2 cas.
- pour 1 cas s'accompagnant de fistule gastro-jéjuno-colique.

- le traitement

pratiqué par le Docteur TOURAINE a été la dégastrostomie-gastrectomie pour les gastro-jéjunostomies (recoupe et nouvelle anastomose). (tableau IV).

IV - Complications portant sur une anse afférente ou efférente

. Dumping syndrome

On entend sous le terme de dumping syndrome, un ensemble de manifestations cliniques qui surviennent très précocement. "Eventuellement ces manifestations peuvent être une véritable infirmité expliquant que le dumping syndrome soit classé parmi les complications majeures de la gastrectomie". FERRIET (10)

Le syndrome se manifeste :

- par une asthénie marquée ou de la somnolence survenant 5 à 20 minutes après les repas.
- s'accompagnant de troubles vaso-moteurs type pâleur, bouffées de chaleur, hypersalivation, sueurs, vertiges ou lipothymies pouvant aller jusqu'à la syncope.
- et des troubles digestifs éventuels type nausées, régurgitations, plénitude gastrique, ballonnement borborygme, diarrhée.

TABLEAU IV
==========

	G.E.A.	Billroth II	PEAN	POLYA
REINTERVENTION DEGASTROSTOMIE DEGASTRECTOMIE	. Damé.. Péan + Dragstedt . Pell... Péan . Gagn... Polya	. AG... Polya + Dragstedt . Berth... Finsterer + Vagotomie abdominale Au cardia . Guill... Polya + Dragstedt		. AG... Nouveau Polya . Falq... nouveau polya + vagotomie abdominale . Schm... nouveau polya + Dragstedt . Bag... Heule Soupault
RESULTAT	. Dam... Bon . Pell... Bon . Gagn... Bon	. AG... récidive . Berth... bon . Guill... bon	. Row... gros troubles digestifs (n'a pas été réopérée)	. AG... continue à prendre médications antirhumatismales troubles digestifs Recherche de syndrome de Zollinger Ellison (négative) . Falq... décédé embolie pulmonaire . Schm... passable . Bay... passable (tuberculose

Ces symptomes disparaissent en moins d'une heure et cèdent toujours immédiatement à la position couchée. L'allongement immédiat après le repas prévient la survenue des troubles. Par contre l'absorption d'aliments lactés ou sucrés peut en déclencher l'apparition. 7 dumping syndrome sont mentionnés dans nos dossiers.

Mr VAGN... - homme - 32 ans à l'intervention - opéré pour ulcère duodénal - moeléna.

Le 11.1.57 : BILLROTH II. Anatomie : ulcère duodénal.

Le 2.4.57 : malaises post-prandiaux type dumping syndrome. Radio : passage rapide. Le 16.5.61 : hémorragie. Radio : r.a.s.

- 0 -

Mr CAVA... - homme - 54 ans à l'intervention - opéré pour ulcère duodénal - hématémèse.

Le 13.11.59 : POLYA. Anatomie : ulcère duodénal

Le 15.1.60 : dumping syndrome. 19.2.62 : radios vésicule : r.a.s

- 0 -

Mr CHARP... - homme - 60 ans à l'intervention.

Intervention : POLYA. Anatomie : ulcère de l'angulus.

Suites : fistule puis dumping syndrome. Fera éventration. Puis suites assez bonnes.

- 0 -

Mr DUTR... - homme - 61 ans à l'intervention - moeléna.

Le 9.9.61 : POLYA. Anatomie : ulcère calleux de la face postérieure de l'angulus "perforé-bouché"

dans le mésocolon transverse, et petit ulcère de la face antérieure duodénale.

Le 18.3.63 (18 mois après) asthénie - pesanteur digestive - diarrhée fréquente. Radio : remplissage très rapide de l'anse efferente et massif. Le 17.2.68 : recherche de néoplasme aero digestif haut O.R.L.

- O -

Mme JOZS... -femme - 55 ans à l'intervention.

Le 29.10.60 : POLYA. Anatomie : ulcère pré-pylorique.

Suites : chute progressive de poids. le 24.2.61 hospitalisée - 5.4.71 : transit digestif accéléré ; dumping syndrome - début cachexie - brûlures post-prandiales. Suites moyennes.

- O -

Mr REVO... - homme - 45 ans à l'intervention - cirrhotique.

Le 11.4.67 : POLYA + vagotomie. Anatomie : ulcère calleux duodénal "perforé-bouché" dans le pancréas + ulcère calleux sur la grande courbure.

Le 30.5.68 : troubles de la démarche - malaises, agitation, faiblesse, asthénie, anémie. Radio : r.a.s 14.10.68 : asthénie, amaigrissement. Radio : dumping syndrome. Suites : reprise de poids mais décèdera 3 ans après de cirrhose.

- O -

Mr JEAN... - homme - 30 ans à l'intervention.

le 27.4.55 : POLYA. Anatomie : ulcère de l'angulus.

Le 19.12.55 : a pris 4 kg - ne digère pas le lait - dumping syndrome puis bon résultat par la suite. Scopie baryté : r.a.s.

Sur ces 7 dumping syndrome, 6 concernent des gastrectomisés type POLYA, 3 sont survenus chez des éthyliques.

L'intervention avait été pratiquée pour 4 cas sur ulcère duodénal et pour 1 cas sur ulcère pré-pylorique.

Pour 4 cas, le syndrome est survenu dans les mois qui ont suivi l'intervention et pour 2 cas plus d'un an après.

2 sont survenus sur des sujets âgés de 30 ans.

Nous comptons 6 hommes et 1 femme.

"En cas d'anastomose gastro-jéjunale, la dimension de l'anastomose paraît avoir de l'importance dans la survenue des troubles qui seraient d'autant plus fréquents que l'anastomose est plus large". FERRIER (10)

La nature de l'affection pré-opératoire interviendrait pour ANDRUP (1), l'ulcère duodénal exposant plus au syndrome.

Nous avons voulu voir la concordance de ces manifestations cliniques avec les signes radiologiques pour PORCHER et BUFFARD (26) dans leur livre : "Radiologie clinique de l'estomac opéré" ; "Il n'y a pas le moindre parallélisme entre la dimension du moignon gastrique et les troubles post-prandiaux". Le mot dumping syndrome signifiant "décharge brutale" avait déjà été adopté par MIX en 1922 (20 bis). PORCHER et BUFFARD (26) écrivent : "En fait il n'y a pas de relation entre la vitesse d'évacuation et le dumping syndrome. Habituellement les troubles post-prandiaux persistent bien longtemps après l'apparition d'une évacuation gastrique rythmique et ralentie".

Et de même : "Nous avons souvent observé des distensions générales ou localisées du haut jéjunum après gastrectomie, jamais nous n'avons pu retenir un parallélisme entre cet aspect anatomique et l'existence de troubles post-prandiaux précoces".

Nous avons 20 patients ayant un passage rapide dans l'anse efférente, radiologiquement. Pour 12 de ces patients, il y avait, cliniquement, des troubles digestifs associés ; la morphologie radioscopique montrait un passage rapide pour 4 des 7 cas ayant un véritable dumping syndrome.

• Syndrome de l'anse afférente

Ce syndrome comporte un temps d'accumulation des liquides alcalins dans l'anse afférente, marqué par une sensation de plénitude per ou post prandiale précoce située dans la région sous-costale droite et épigastrique, rapidement suivie de douleurs s'intensifiant progressivement et pouvant simuler des coliques hépatiques. Il peut y avoir sueurs, oppression, pâleur, agitation.

Puis un deuxième temps gastrique d'inondation du moignon par les liquides alcalins accumulés dans l'anse afférente, se traduisant après les symptomes précédents par des brûlures digestives hautes et des vomissements bilieux.

Radiologiquement, le reflux dans l'anse afférente est une "trouvaille d'examen systématique" pour PORCHER et BUFFARD (26) : "La comparaison entre les résultats fonctionnels de l'intervention et l'existence ou l'absence de reflux dans l'anse afférente ne montre pas de relation de cause à effet".

Nous n'avons pas de sujet répondant exactement cliniquement à la destruction du syndrome de l'anse afférente.

Radiologiquement, 28 cas présentaient dans l'année qui suivait leur intervention un léger reflux à la scopie baryté. Sur ces 28 cas, 17 ne présentaient pas prallélement de troubles digestifs.

En tous cas, pour PORCHER et BUFFARD (26) : "Aucune lésion organique précise, aucun trouble fonctionnel défini ne sont mis en évidence par l'examen radiologique chez ces sujets tel qu'on le pratique ordinairement".

B - COMPLICATIONS EN RAPPORT AVEC L'ETAT GENERAL

I - Delirium tremens post-opératoire

Nous en comptons 2 (chez 2 éthyliques).

II - Tuberculose

(I) - LACR... - 42 ans à l'intervention. Homme - éthylique

Le 11.4.56 : BILLROTH II pour ulcère perforé.

4è jour : délirum tremens.

Suites : tuberculose qui guérira ; polynévrite.

- 0 -

(II) - BAT... - 30 ans à l'intervention - cirrhotique.

Le 10.2.39 : POLYA pour ulcère pré-pylorique (intervention non pratiquée par le chirurgien).

1954 : diagnostic de tuberculose pulmonaire cavitaire, qui guérira.

- 0 -

(III) - BOZ... - 69 ans à l'intervention - homme.

1959: POLYA pour ulcère duodénal.

1967 : diagnostic de tuberculose pulmonaire bi-latérale.

- O -

(IV) - BROUT... - 40 ans à l'intervention - ancien tuberculeux guéri, éthylique.

POLYA pour ulcère perforé duodénal.

Suites :"rechute" de tuberculose.

- O -

(V) - BAG... - 53 ans à la première intervention - homme.

1959 - 1ère intervention : POLYA pour ulcère perforé pratiqué par un autre chirurgien.

10 ans après : cachexie et oedèmes de carence.

28.1.69 : opération de HENLE-SOUPAULT.

Suites digestives bonnes mais tuberculose.

- O -

(VI) - MOUT... - 52 ans à l'intervention - homme.

Le 5.2.51 : POLYA pour ulcère de la petite courbure.

1958 : épididymite tuberculeuse ; urographie intra-veineuse : caverne du pôle inférieur du rein droit. (un de ses fils avait été opéré d'adénopathie cervicale tuberculeuse avant l'intervention du père).

- O -

(VII) - RAMEL... - 63 ans à l'intervention - homme.

Ethylique.

Le 25.2.60 : POLYA pour ulcère duodénal.

Décèdera en cachexie tuberculeuse.

- O -

(VIII) - PENO... - 45 ans à l'intervention - homme - ancien prisonnier de guerre.

1958 : POLYA pour ulcère perforé.

Suites : assez bonnes sur le plan digestif mais tuberculose.

6 sur 8 de ces tuberculoses sont survenues chez des opérés type POLYA.

Parmi elles, 5 chez des éthyliques.

- pour un cas, le diagnostic a été fait 8 ans après l'intervention (III).

- pour un autre cas (II), 15 ans après l'intervention.

- un des ces cas était un ancien tuberculeux (IV) guéri ; il a rechuté dans les suites opératoires.

- un cas est décédé en cachexie (VII).

- pour un cas (VI), il s'agissait d'une tuberculose certainement latente avant l'intervention (fils "opéré" pour adénopathie cervicale tuberculeuse).

- 2 tuberculoses sont survenues sur des terrains défavorables (V : ulcère anastomotique) et (VIII : ancien prisonnier de guerre : sujet "fragile").

BROCHEN (7) disait en 1950 dans sa thèse d'étude sur la tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés "Le dépistage de la tuberculose avant et après gastrectomie est extrêmement important. Dans le cas particulier, la précocité du traitement est encore plus utile que dans les autres formes de tuberculose".

Il mentionne dans sa statistique 4 tuberculeux pour 81 opérés, soit 5 % (en ce qui nous concerne : 4 interventions (3 POLYA + 1 BILLROTH II) sur 221 pratiquées par le chirurgien (soit 1,8 %).

Thèse de LE OUEN (17) en 1953 sur les gastrectomies : 6,6 % de tuberculeux, la plupart chez des opérés depuis moins de 5 ans.

MARCHE (20) en 1952, sur 1000 tuberculeux, repère 18 à 28 gastrectomisés ; et écrit : "La surveillance radiologique des gastrectomisés doit à notre sens être mensuelle pendant le premier semestre, trimestrielle jusqu'à la 5è année et semestrielle ensuite". Ce qui semble excessif, mais mérite réflexion.

III - Autres répercussions sur l'état général

(I) - BARR... - ouvrier agricole - 46 ans à l'intervention - homme

Le 22.9.69 : PEAN + vagotomie sur ulcère calleux de la petite courbure.

Décèdera de cachexie, misère physiologique et amyotrophie type CHARCOT-MARIE, dans les mois qui suivirent l'intervention.

- 0 -

(II) - RAV... - 60 ans à l'intervention - homme - agriculteur

Le 2.3.71 : PEAN + vagotomie pour ulcère calleux

En juin 1972 : pleurésie purulente, amaigrissement de 20 kg. Suites bonnes après passage en centre spécialisé. (ce sujet avait "tendance" à la bronchite chronique).

- 0 -

(III) - REV... - 45 ans à l'intervention - homme - cirrhose éthylique

Le 11.4.67 : POLYA + vagotomie pour ulcère calleux duodénal "perforé-bouché" dans le pancréas ; plus 2èm ulcère calleux sur la grande courbure - dumping syndrome dans les suites.

Décèdera de cirrhose en 1970

- 0 -

(IV) FORE...DO... : 40 ans à l'intervention - femme éthylique

Le 2.3.63 : POLYA pour ulcère duodénal perforé.

Le 9.4.63 : collapsus avec anurie et angiocholite hyperazotomique.

1967 : baisse de l'état général - hospitalisée pour encéphalopathie carentielle, type KORSAKOFF. Hépatomégalie mais valeur fonctionnelle hépatique normale. Douleurs aux membres inférieurs.

1968 : hospitalisée pour cirrhose éthylique - décès.

Pour (III) et (IV), il s'agit d'éthyliques jeunes, âgés respectivement de 45 et 40 ans, à l'intervention. La gastrectomie semble avoir précipité l'évolution. La carence nutritionnelle déjà propre aux éthyliques est donc potentialisée par la gastrectomie.

Pour (II), l'état général déficient a certainement favorisé l'apparition d'une pleurésie purulente.

Pour (I), ouvrier agricole, sa profession le prédisposait sûrement à l'éthylisme ; sinon, il s'agit d'un syndrome carentiel ayant eu des répercussions catastrophiques.

C - AUTRES COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

I - Immédiates

2 phlébites

3 embolies pulmonaires, dont 1 décès

II - A distance

• Etranglement dans la fente rétro-anastomotique

(I) ANDR... - 18 ans à l'intervention - homme

Le 5.11.56 : BILLROTH II pour ulcère duodénal perforé.

1966 : (10 ans après), ventre aigu pour étranglement interne dans la fente rétro-anastomotique, qui avait été pourtant fermée opératoirement. Suites bonnes.

• Volvulus du grêle

(II) MESSA... - 32 ans à l'intervention - homme -

Le 18.5.67 : PEAN pour ulcère duodénal.

1968 : volvulus du grêle.

Suites bonnes.

• Occlusion par agglutination du grand épiploon

(III) - BROUT... - 40 ans à l'intervention.

POLYA pour ulcère perforé duodénal.

7 ans après : occlusion par agglutination du grand épiploon.

Pour ces 3 cas, l'intervention avait été pratiquée sur ulcère duodénal. 2 de ces 3 ulcères (I) et (III) étaient perforés cliniquement.

III - Complications éventuellement rattachables à la gastrectomie

. Lithiase

(I) BRUN... - 51 ans à l'intervention - femme -

Le 9.11.64 : PEAN + DRAGSTEDT pour ulcère duodénal aigu.

1971 : opérée de lithiase vésiculaire.

- 0 -

(II) Soeur MAR - B... - 57 ans à l'intervention - femme -

Le 22.10.60 : POLYA pour sténose pylorique. Anatomie : ulcère du versant gastrique du pylore.

1963 : troubles hépato-biliaires. Radiologiquement : vésicule atrophique - cholécystectomie.

- 0 -

(III) BOUR... - 73 ans à l'intervention - femme -

Le 6.2.58 : BILLROTH II pour ulcère de l'angulus. Dans les suites immédiates : douleurs vésiculaires. Radiologiquement : vésicule exclue.

- 0 -

(IV) D'AFFRO... - 34 ans à l'intervention - femme -

Le 15.11.64 : POLYA pour ulcère du bulbe duodénal sténosant.

1968 : cholécystectomie.

Il s'agit de 4 femmes ; ces lithiases sont survenues pour (I), 7 ans après l'intervention type PEAN + DRAGSTEDT ; pour (II) et (IV) (qui sont 2 POLYA) respectivement 3 ans et 4 ans après.

Pour (III) : BILLROTH II : vésicule exclue dans les suites immédiates.

Pour (I) et (IV), l'intervention avait été pratiquée sur ulcère duodénal et pour (II) sur ulcère siègeant sur le versant gastrique du pylore.

Selon PORCHER et BUFFARD (26) : "Il semble souhaitable que tout malade subisse systématiquement avant l'intervention une cholangiographie intra-veineuse ce qui faciliterait souvent l'interprétation des syndromes post-opératoires plus ou moins atypiques". Et pour les suites de l'intervention : "L'infection ascendante de la vésicule est facilitée à la fois par la pullulation des cholibacilles dans le haut jéjunum de l'opéré et chez les gastrectomisés et les vagotomisés par atonie oddienne secondaire à la section des filets des pneumogastriques".

. Ictère infectieux

MATT... - 67 ans à l'intervention -

Le 21.1.70 : PEAN pour sténose du pylore.

Le 4.8.70 : ictère infectieux.

- 0 -

OR... - 37 ans à l'intervention - homme -

Le 10.12.59 : POLYA pour ulcère de la petite courbure.

Le 4.2.60 : ictère infectieux.

Donc 2 ictères infectieux survenus respectivement 7 mois et 2 mois après l'intervention.

CHAPITRE III : MORTALITE

I - Décès pour lesquels la gastrectomie n'est certainement pas en cause

Nous constatons 17,2 % de décès avec un taux plus important pour les POLYA : 26,5 % et par contre plus faible pour les PEAN. Ceci s'expliquant aisément par le fait que les opérés selon la technique de POLYA avaient un nombre plus important de patients âgés de plus de 65 ans à la date de l'intervention (9,8 % pour les POLYA, 2,27 % pour les BILLROTH II et 1,53 % pour les PEAN). D'autre part, la technique de PEAN est pratiquée depuis une époque plus récente par le chirurgien.

21 cas sur l'ensemble des gastrectomisés, soit 9,5 % sont décédés pour une cause certainement non imputable à la gastrectomie. Ce sont :

• 3 éthyliques avérés

Mr BER... : décédé à l'âge de 67 ans, dix ans après l'intervention.

Mr ORIG... décédé 7 ans après l'intervention à l'âge de 61 ans.

Mr ORO... décédé 7 ans après l'intervention à l'âge de 53 ans.

A noter que pour ces 3 patients, nous ne connaissons pas la cause exacte du décès ; que d'autre part, la question reste posée de l'interférence des effets sur la nutrition de la gastrectomie avec ceux de l'éthylisme.

. 7 cancéreux (autres cancers que le cancer gastrique)

Mr BR... : décédé de cancer pulmonaire.

Mr DESC... : décédé 4 ans après l'intervention à l'âge de 60 ans de cancer épidermoïde des bronches.

Mr MART... : avait déjà un cancer de la prostate avant son intervention.

Mr CURT... : néoplasme de l'amygdale diagnostiqué 4 ans avant l'intervention.

Mme DAM... : opérée 2 ans après son intervention gastrique pour cancer bilatéral du sein avec squirrhe en cuirasse.

Mr MERL... : hémicolectomie droite pour cancer coecal 2 ans après l'intervention gastrique.

Mme AG... : décédée à 55 ans, 3 ans après sa 3è intervention gastrique pour 2 ulcères anastomotiques récidivants.

. 8 sujets aux antécédents cardio-vasculaires (ou décédés de pathologie cardio-vasculaire).

Mr ROUG... : antécédents vasculaires avant l'intervention cause exacte du décès non connue.

Mr TONEG... : antécédents d'artérite - cause exacte du décès non connue.

Mr BERM...G : décédé d'insuffisance cardiaque à 86 ans, 3 ans après l'intervention.

Mme MERM... : décédée d'infarctus du myocarde à 50 ans, 6 ans après l'intervention.

Mr PING... : antécédents de défaillance cardio-vasculaires avant l'intervention. Décédé à 63 ans, 3 après l'opération.

Mr PREMIL... : éthylique, obèse, décédé d'infarctus du myocarde à 63 ans, 6 ans après l'intervention.

MmeRICH... : décédée d'infarctus du myocarde à 72 ans, 8 ans après l'intervention.

Mr MART... : décédé d'accident cérébral à 85 ans, 13 ans après l'intervention.

• Autre cause pathologique

1 cas : Mr VIR... : décédé d'insuffisance rénale.

• 2 causes accidentelles

Mr YVR... : 62 ans à l'intervention, décédé des suites d'une fracture du col du fémur.

Mr VARL... : décédé d'accident de voiture.

II - Décès imputables directement à la gastrectomie

Mr FONTAN... : décédé d'éviscération

Mr FALQ... : décédé d'embolie pulmonaire dans les suites de l'intervention. Il s'agissait d'une réintervention sur ulcère anastomotique.

III - Cas où la gastrectomie a eu un rôle aggravant sur la pathologie déjà présente

Mr BARR... : 46 ans à l'intervention - homme - ouvrier agricole
intervention type PEAN
décédé de cachexie 3 mois après l'intervention

Mme FOR... D.. : éthylique - 40 ans à l'intervention
intervention type POLYA
décédée d'encéphalopathie carentielle type KORSAKOFF 4 ans après l'intervention.

Mr RAM... : 63 ans à l'intervention - éthylique.
intervention type POLYA
décèdera de cachexie tuberculeuse.

CHAPITRE IV : CLASSIFICATION DES PATIENTS EN 3 CATEGORIES

(tableau des suites immédiates et des complications n°V)

Nous entendons par suites simples : aucun trouble digestif dans les semaines et les mois qui ont suivi l'intervention.

Suites perturbées : le patient a présenté dans les semaines ou les mois qui ont suivi l'intervention des troubles digestifs divers ; ou des troubles neuro-psychiques ; ou anémie ; ou encore asthénie.

Rappelons que ce tableau concerne toutes les complications connues des 221 cas et en particulier non seulement les complications post-opératoires immédiates.

TABLEAU V

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Suites immédiates simples	20 45,5 %	39 60 %	64 63 %	123 56 %
Suites immédiates; perturbées	12 27,2 %	16 24,6 %	18 17,6 %	46 20,7 %
Complications précoces ou lointaines	12 27,2 %	9 13,8 %	19 18,3 %	40 18,1 %
Complication entrainant entrainant le décès	--	1	1	2
Total nombre gastrectomisés	44 100 %	65 100 %	102 100 %	221 100 %

CHAPITRE V : INFLUENCE DE CERTAINS FACTEURS

I - Age à l'intervention

Les plus forts pourcentages de patients se trouvent dans les tranches d'âge 50 - 60 ans et 60 - 70 ans ; représentant à eux seuls 48,6 % des opérés.

Dans la catégorie "suites simples", les plus fortes proportions se situent chez les personnes âgées : tranches d'âge 50 - 60 ans (62,5 %), 60 - 70 ans (56 %) et 70 - 80 ans. Pour cette dernière tranche d'âge, sur 15 interventions pratiquées, 12 patients ont eu des suites simples.

Le pourcentage des suites perturbées est plus élevées pour la tranche d'âge 30 - 40 ans, concernant 34,2 % des patients (13 cas sur 38).

Pour 4 cas sur 14 de la tranche d'âge 20 - 30 ans, soit 28,5 %, est survenue une complication.

Pour 11 cas sur 34, soit 32,3 % de la tranche d'âge 40 - 50 ans, est survenue une complication.

II - le sexe

Nos opérés se répartissent en 70 % d'hommes et 30,2 % de femmes. Les proportions sont similaires pour les deux sexes dans la catégorie "suites simples".

III - Indication opératoire clinique

Nos opérés se répartissent en :
- opérés pour douleur : 47,5 %
- opérés pour hémorragie : 21,6 %
- opérés pour perforation : 11,3 %
- opérés pour sténose : 11,7 %

Les résultats sont similaires pour les 4 types d'indication :

(pourcentage légèrement supérieur de suites perturbées chez les gastrectomisés pour perforation - 7 cas sur 25, soit 28 % - au lieu de 20 % pour les autres indications).

Si l'on envisage le résultat en rapportant l'indication clinique à la technique opératoire, on obtient en ce qui concerne l'indication douleur, un pourcentage des suites perturbées plus important pour les interventions type BILLROTH II (8 cas sur 23, soit 34,7 %) (moyenne de 16 % pour les deux autres types d'intervention).

La proportion des sujets rentrant dans les autres catégories d'indication opératoire (hémorragie, perforation, sténose) en référence à chaque technique opératoire, ne donne pas un nombre suffisant de patients pour tirer des conclusions.

IV - Le siège anatomique de la lésion

Le siège de la lésion est duodénal pour 49 % des sujets, pylorique pour 14,6 % siègeant sur la petite courbure gastrique pour 35,5 %

(pour cette dernière catégorie, nous avons ajouté 2 cas d'ulcère siègeant sur la grande courbure).

Le pourcentage des suites simples est nettement supérieur lorsque l'ulcère siège sur la petite courbure (71 %).

Pour les ulcères de siège duodénal, nous comptons 49 % de suites simples.

En ce qui concerne les comparaisons entre les 3 techniques, nous notons paradoxalement pour les gastrectomisés type PEAN un taux à peu près équivalent de suites simples lorsque le siège de l'ulcère est duodénal (60 %) et lorsqu'il est gastrique (65 %).

V - Ancienneté de la lésion

En ce qui concerne les suites simples, les proportions sont équivalentes (58 %), que l'ulcère soit en phase aiguë ou chronique.

Pour les complications, les proportions sont similaires également (19 %).

VI - Vagotomie

On voit que, pratiquement, tous les gastrectomisés type PEAN ont subi une vagotomie et que très peu de sujets gastrectomisés selon les techniques BILLROTH II ou POLYA en ont subi une. Les résultats de la vagotomie reflètent donc les résultats des gastrectomisés type PEAN.

TABLEAU VI

	VAGOTOMIE	SANS VAGOTOMIE	TOTAL
Péan	58 89 %	7 10,7 %	65 100 %
Polya	8 7,8 %	94 92,5 %	102 100 %
Billroth II	2 45,5 %	42 95,5 %	44 100 %

VII - Le terrain

Pour 92 cas sur 221, soit 41,5 % des patients, le terrain était peu favorable à un bon résultat de gastrectomie.

Nous comptons parmi ces 92 sujets :

- 32 sujets soumis à une intoxication exogène (essentiellement éthylisme, tabagie (2 cas), drogues médicamenteuses aggressives pour l'estomac (2 cas)

Pour 50 % de ces sujets (16 sur 32), une complication est survenue dans les suites de l'intervention.

Ceux dont le terrain neuro-psychique était défavorable constituent 14 cas sur 92, soit 15,2 %. 43 % de ces sujets ont eu des suites simples, ce qui est inférieur de 13 % à l'ensemble des gastrectomisés.

Les terrains défavorisés par une pathologie interférant avec la gastrectomie (avant l'intervention ou après) sont au nombre de 37 sur 92, soit 40 % :

- cancers autres que gastriques
- anciens prisonniers de guerre au terrain fragile
- bronchiteux chroniques
- maladies cardio-vasculaires
- diabète, obésité
- ancien tuberculeux guéri
- nous avons ajouté à cette catégorie les réinterventions sur ulcère anastomotique ; l'état de ces sujets étant généralement très précaire au moment de la réintervention.

Pour ces 37 patients, la proportion de malades aux suites simples (51,5 %) est aussi légèrement plus faible que pour l'ensemble des gastrectomies, (pour lequel elle est de 56 %).

3 patients sur 9 "transplantés" ont eu des suites simples.

Rappelons qu'une "complication" est survenue pour 46 patients sur 221 dans les suites immédiates ou lointaines. Parmi ces sujets on compte 28 cas au terrain défavorable soit 61 %, dont 12 éthyliques.

PARTIE II

SUITES LOINTAINES DE 113 CAS

LE QUESTIONNAIRE

Remarque : ce tableau a en partie été emprunté à MIGUET (20. ter) dans son travail sur les gastrectomies.

1°) Combien de temps avez-vous souffert avant de vous faire opérer ? R :
Avez-vous eu une maladie nerveuse avant votre opération ? R :

2°) Etes-vous satisfait de l'opération que vous avez subie pour votre ulcère ? R :

3°) Mangez-vous autant qu'avant ? R :

4°) Combien faites-vous de repas par jour (petit-déjeuner compris) ? R :

5°) combien en faisiez-vous avant ? R :

6°) Pouvez-vous manger n'importe quoi ? R :

Qu'est-ce que vous ne pouvez pas manger ou consommer :

Alcool, R : Vin, R : Pain, R : lait, R :

Epices, R : Condiments, R : tabac, R :

Boissons gazeuses, R : Jus de fruits, R :

7°) Avez-vous souffert à nouveau des mêmes douleurs gastriques qu'avant votre opération ? R :

8°) Avez-vous des brûlures d'estomac ? R :

A quelle heure de la journée ? R :

9°) Après les repas avez-vous l'impression que votre estomac est trop petit ? R :

10°) Avez-vous des malaises avant les repas ? R :

11°) Avez-vous des malaises après certains repas ? R :

(vertiges, pâleur, sueurs, diarrhée) vous obligeant à vous allonger ? R :

11 bis Avez-vous des vomissements ? R :

- de bile R :
- alimentaires R :

12°) Avez-vous de la diarrhée ? R :

- en permanence ? R :
- quelques fois dans l'année ? R :
- au moment des crises de diarrhée ?

Combien avez-vous de selles par jour ? R :

Est-ce que cela vous gêne vraiment ? R :

13°) Quel est votre poids actuel ? R :

Quel était votre poids avant l'opération ?

Quel était votre poids avant que votre ulcère ne se déclare ?

14°) Avez-vous des rhumatismes ? R :
En aviez-vous avant ? R :

15°) Quel est votre métier actuel ? R :
Quel était votre métier avant ? R :

16°) Avez-vous eu une autre maladie depuis ? R :
Laquelle ? tuberculose, R : vésicule, R :
foie, R : maladie nerveuse, R :

17°) Vous sentez-vous plus fatigués depuis l'opération ? R :
ou moins

18°) Avez-vous à signaler quelque chose sur votre vie sexuelle qui vous semble rattachable à votre opération ? (si vous ne tenez pas à répondre à cette dernière question, mettez simplement : non)

Nous nous proposons d'étudier les résultats des 109 gastrectomisés qui ont bien voulu répondre au questionnaire que nous leur avons adressé.

CHAPITRE I : SATISFACTION DU PATIENT

Question posée : "Etes-vous satisfait de l'opération que vous avez subi pour votre ulcère ?". (tableau VII)

Rares sont les sujets qui n'ont pas répondu positivement. Nous avons remarqué que ce critère, essentiellement subjectif ne correspondait pas toujours aux autres réponses du questionnaire : la relation Médecin-Malade l'influence beaucoup. En tout cas nous ne lui donnons qu'une valeur relative.

TABLEAU VII

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Satisfait	18 95 %	38 88,5 %	44 93,5 %	100 91,5 %
Non satisfait	1 5,25 %	4 9,3 %	1 2,1 %	6 5,5 %
Pas de réponse	0	1	2	3
Total cas	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

CHAPITRE II : CONFORT DIGESTIF

A - ALIMENTATION

La première partie du questionnaire concerne ce que nous appelerons le "confort digestif".

Question posée : "Mangez-vous autant qu'avant ?".

58,5 % de l'ensemble des sujets ont répondu : "oui".

La réponse à cette question nous semble assez représentative du confort subjectif du patient. (tableau VIII)

En adoptant la classification dont nous parlerons plus loin (et qui tient compte uniquement de facteurs plus objectifs), nous comptons :

parmi les très bons résultats 87 % de sujets qui disent manger autant qu'avant.

et parmi les bons résultats 68 %.

parmi les résultats passables ou assez bons 70,5 % disent ne pas manger autant qu'avant ; de même

tous les sujets aux résultats médiocres.

Nous avons par contre été surpris de constater que seuls 25,6 % des gastrectomisés font plus de repas journaliers depuis leur intervention.

TABLEAU VIII

Mangent autant qu'avant	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
OUI	5 11 58 %	24 55,5 %	29 62 %	64 58,5 %
NON	8 42 %	19 44,2 %	17 36,2 %	44 40,4 %
PAS DE REPONSE	0	0	1	1
	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

Le nombre de sujets faisant 4 repas par jour est passé de 24,8 % avant l'intervention à 33 % après l'intervention.

Le nombre des patients faisant 5 repas par jour est passé de 3,66 % avant l'intervention à 18,4 % après l'intervention. (tableau IX)

A la question posée : "Pouvez-vous manger n'importe quoi ?",

52,2 % ont répondu positivement.

(tableau X)

B - OBJETS DE CONSOMMATION NON TOLERES

Question posée : "Qu'est-ce que vous ne pouvez pas manger ou consommer ? :
Alcool ? vin ? pain ? lait ? épices : condiments ?
Tabac ? boissons gazeuses ? jus de fruits ?".
(ceci indépendemment de tout régime, bien entendu).
(tableau XI)

remarquons que si 63,5 % ne tolèrent pas l'alcool, il en est ainsi seulement de 16,45 % pour le vin. (ce qui expliquerait peut-être en partie pourquoi tant d'éthyliques continuent à persévérer à boire après l'intervention).

Viennent ensuite par ordre décroissant de pourcentages après l'alcool :

- épices et condiments
- boissons gazeuses
- lait
- tabac

TABLEAU IX

Nombre de repas par jour actuel	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
2 repas	0	1	0	1
3 repas	13 68,5 %	15 35 %	20 42,5 %	48 44 %
4 repas	5 26,3 %	17 39,5 %	14 30 %	36 33 %
5 repas	- -	10 23,2 %	10 21,5 %	20 18,4 %
Pas d'horaire	-	-	2	2
Plus de 5 repas	-	-	1	1
Pas de réponse	1	-	-	-
Total cas	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

TABLEAU X

Peut manger n'importe quoi	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
OUI	12 63 %	20 46,5 %	25 53 %	57 52,2. %
NON	5 26,2 %	20 46,5 %	22 47 %	47 43 %
PAS DE REPONSE	2	3	0	5
	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

TABLEAU XI

Objets de consommation" non tolérés	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Alcool	12 63 %	29 67 %	28 59,5 %	69 63,5 %
Vin	3 15,8 %	10 23,2 %	5 10,6 %	18 16,45 %
Pain	1 5,25 %	5 11,6 %	1 2,10 %	7 76,4 %
Lait	5 26,3 %	15 35 %	22 47 %	42 38,5 %
Epices	10 52,5 %	27 62,5 %	23 49 %	60 55 %
Condiments	9 47,3 %	23 53,5 %	23 49 %	55 50,5 %
Tabac	8 42 %	17 39,5 %	12 25,5 %	37 34 %
Boissons gazeuses	8 42 %	29 67 %	23 49 %	60 55 %
Jus de fruit	3 15,8 %	13 30,5 %	7 15 %	23 21 %
	13 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %

- jus de fruits
- pain

En ce qui concerne la comparaison des 3 types d'intervention : nous voyons d'après ces premiers tableaux que les résultats sont à peu près identiques. Excepté le tableau X qui est légèrement favorable à l'intervention type BILLROTH II.

C - ESTIMATION DU CONFORT

Nous avons voulu juger ce qu'a répondu chaque patient, d'une manière globale, à l'ensemble des questions précédentes. (tableau XII)

Nous avons estimé que le confort digestif était maximal :

- si le sujet était satisfait
- s'il mangeait autant qu'avant
- s'il estimait pouvoir manger n'importe quoi

Nous obtenons 37,6 % pour l'ensemble des gastrectomisés, mais 47,4 % pour les interventions type BILLROTH II.

TABLEAU XII

CONFORT DIGESTIF	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Confort maximal - satisfaction - mange autant qu'avant - peut manger n'importe quoi	9 47,4 %	13 30,3 %	19 40,4 %	41 37,6 %
Confort bon - satisfaction - mange autant qu'avant - ne peut pas manger n'importe quoi	2 10,5 %	8 18,6 %	10 21,2 %	20 18,3 %
Satisfaction seule	6 31,5 %	17 39,5 %	16 37,2 %	39 36,5 %
Aucun de ces 3 paramètres n'est positif	2 10,5 %	3 7 %	2 4,26 %	7 6,4 %

CHAPITRE III : TROUBLES DIGESTIFS

La deuxième partie du questionnaire concerne le transit digestif proprement dit.

A - DOULEURS

Question posée : "Avez-vous souffert à nouveau des mêmes douleurs gastriques qu'avant votre opération ?"

18,4 % ont ressenti les mêmes douleurs, mais seulement 10,5 % pour les opérés type BILLROTH II.

Aucun des patients ne les ressent fréquemment. (tableau XIII)

B - BRULURES

Question posée : "Avez-vous des brûlures d'estomac ? " "A quelle heure de la journée ?".

22 % en ont avec une proportion nettement plus faible pour les opérés type BILLROTH II. (tableau XIV)

Observations des patients ayant des brûlures fréquemment :

(I) MATT... - 67 ans à l'intervention - homme -
Sténose du pylore.

TABLEAU XIII

Mêmes douleurs qu'avant l'opération	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
OUI	2 10,5 %	10 23,3 %	8 17 %	20 18,4 %
Parmi eux, en ont fréquemment	0	0	0	0
	19 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %

TABLEAU XIV

BRULURES	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
OUI	1 5,3 %	12 28 %	11 23,4 %	24 22 %
En ont fréquemment	-	2	0	2
TOTAL CAS	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

Le 21.1.70 : PEAN + vagotomie. Anatomie : ulcère calleux du bord supérieur du 1er duodénum.

28.2.70 : malaises épigastriques. 4.8.70 : ictère infectieux - épigastralgies persistantes - questionnaire : a beaucoup de brûlures d'estomac, à tout moment de la journée", a des malaises post-prandiaux, type dumping syndrome ; a souvent de la diarrhée, qui le gêne avec environ 5 selles par jour ; perte de poids minime (4 kg).

(II) ROUV... - 37 ans à l'intervention - femme -

Sténose du pylore.

Le 30.4.69 : PEAN et vagotomie. Anatomie : ulcère prépylorique.

Suites immédiates perturbées - poids 35 kg (39 kg avant l'intervention) - hospitalisée à la Tronche en juillet 71, traitemnt médical - 1972 : questionnaire : douleurs : estomac qui serre avec nausées - brûlures fréquentes après les repas - malaises post-prandiaux type dumping syndrome - poids 37 kg.

Donc, pour un cas (I), ces brûlures rentrent dans le contexte d'un banal dumping syndrome.

Pour l'autre cas (II), le diagnostic de récidive ulcéreuse est évoqué.

Le nombre des patients souffrant de brûlures à proximité ou à distance des repas est sensiblement équivalent.

C - SENSATION DE PETIT ESTOMAC

Question posée : "Après les repas, avez-vous l'impression que votre estomac est trop petit ?". (tableau XV)

TABLEAU XV

Sensation d'estomac trop petit	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
OUI	6 31,5 %	23 53,5 %	27 57,5 %	56 51,5 %
NON	13 68,5 %	20 46,5 %	20 42,5 %	53 48,5 %
	19 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %

51,2 % des patients ont la sensation d'avoir l'estomac trop petit, avec une nette moindre proportion pour les opérés type BILLROTH II.

Précisons que nous n'avons pas demandé dans le questionnaire si cette impression était douloureuse. Il ne s'agit donc pas, à proprement parler, du "syndrome du petit estomac".

D - MALAISES AVANT LES REPAS

Question posée : "Avez-vous des malaises avant les repas ?" (tableau XVI)

9,25 % ont des malaises avant les repas, aucun des opérés type BILLROTH II n'en a.

Pour aucun des patients, ils ne sont importants.

E - MALAISES POST-PRANDIAUX

Question posée : "Avez-vous des malaises après certains repas ? :
vertiges, pâleur, sueurs, diarrhée, vous obligeant à vous allonger ?".

Ces malaises représentent par contre la rubrique la plus intéressante des troubles digestifs. (tableau XVII)

38 des gastrectomisés en ont : soit 34,8 %

Parmi ces 38 cas :

13 cas (34,2 %) ont de manière isolée ou associée : vertiges, pâleur, sueurs, diarrhée obligeant à s'allonger.

11 cas (29 %) ont des malaises obligeant à s'allonger, mais sans préciser exactement la nature de ces troubles.

TABLEAU XVI

Malaises avant les repas	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
OUI	0 0 %	6 14 %	4 8,5 %	10 9,25 %
IMPORTANTS	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %
	19 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %

TABLEAU XVII

Malaises postprandiaux	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Ont des malaisss après les repas	4 21 %	15 35 %	19 40,5 %	38 34,8 %
Total cas	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

On peut donc penser que parmi ces 38 cas, la proportion de dumping syndrome "a minima" oscille entre 13 et 24 cas, soit entre 34,2 % et 63,2 %.

Il s'agit de 12 à 20 % des 109 gastrectomisés.

Pour PORCHER et BUFFARD (26) : "Ce syndrome est très fréquent à l'interrogatoire minutieux, alors que le résultat global est considéré comme satisfaisant."

Si l'on compare les3 techniques, la proportion des malades ayant des troubles types : vertiges, pâleur, sueur ou diarrhée est plus importante pour les gastrectomisés type PEAN (16,2 %) par rapport aux types BILLROTH II (10,5 %) et POLYA (8,5 %).

Mais si l'on considère l'ensemble des sujets ayant des malaises post-prandiaux (précisés ou non)obligeant à s'allonger, la proportion est similaire pour les trois catégories, oscillant autour de 22 %. (tableau XVIII)

Le fait que l'orthostatisme favorise constamment le déclenchement du syndrome, fait évoquer l'hypothèse d'une anémie cérébrale relative, par suite de vasodilatation exagérée du territoire splanchnique. AUGUSTE (2)

Cet auteur attache même de la valeur à l'angioscotome.

Telle qu'était posée la question, les réponses concernent des malaises post-prandiaux précoces. Aucun patient n'évoque de malaises type "dumping syndrome" plusieurs heures après les repas pouvant faire évoquer "un syndrome hypoglycémique tardif".

TABLEAU XVIII

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Malaises type - vertiges - pâleur - sueurs - diarrhée obligeant à s'allonger	2 10,5 %	7 16,2 %	4 8,5 %	13 12 %
Malaises obligeant à s'allonger sans préciser la nature du trouble	2 10,5 %	3 7 %	6 12,8 %	11 10,1 %
Total cas	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

F - VOMISSEMENTS

Question posée : "Avez-vous des vomissements ? De bile ? Alimentaires ?" (tableau XIX)

Les opérés type BILLROTH II sont les patients qui se plaignent le moins de ce type de trouble.

G - DIARRHEE

Question posée : "Avez-vous de la diarrhée ? En permanence ? quelques fois dans l'année ? Au moment des crises de diarrhée, combien avez-vous de selles par jour ? Est-ce que cela vous gêne vraiment ?" (tableau XX)

44 patients disent avoir de la diarrhée. Parmi ceux-ci il s'agit pour 95,5 % de diarrhées périodiques. 59 % ont, en période de crise, un nombre de selles supérieures ou égales à 3 par jour.

9 patients (20,5 %), se disent gênés par cette diarrhée.

Nous comptons sur ce tableau 2 cas de diarrhée permanente.

MATT... : Il s'agit d'un des cas dont nous avons déjà parlé qui présentait des brûlures permanentes. Il s'agit d'un dumping syndrome.

CAVALL...B. : terrain névropathique

opéré à 28 ans, le 19.7.48, selon la technique de POLYA pour ulcère duodénal.

1960 : hématémèse. Radiologiquement : r.a.s

1972 : répond au questionnaire : "mange autant qu'avant, peut manger n'importe quoi, se plaint de diarrhées post-prandiales, l'obligeant à s'allonger ; vomissements bilieux ; diarrhées permanen tes (5 à 6 selles

TABLEAU XVII

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Ont des vomissements	1 5,25 %	14 37,6 %	19 40,4 %	34 31 %
Parmi ces sujets, ont des vomissements de bile	1 5,25 %	4 9,3 %	16 34 %	21 19,3 %
Parmi ces sujets, ont des vomissements alimentaires	1 5,25 %	9 21 %	5 10,6 %	15 13,8 %
	19 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %

TABLEAU XXIII

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Ont de la diarrhée	11 58 %	13 30,2 %	20 42,5 %	44 40,5 %
Parmi ces sujets, ont de la diarrhée quelquefois	11 58 %	11 25,5 %	20 42,5 %	42 38,5 %
Parmi ces sujets, ont de la diarrhée permanente	0 0 %	1 2,3 %	1 2,12 %	3 2,75 %
Ont en période de crise des selles supérieures à 3 en quantité	6 31,5 %	7 16,3 %	13 27,6 %	26 24 %
Sont gênés par la diarrhée	1 5,25 %	5 11,6 %	3 6,4 %	9 8,2 %
	19 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %

par jour), n'est pas gêné par cette diarrhée. Son poids n'a pas varié depuis l'intervention. Travaille normalement"

Pour ce dernier cas, il s'agit donc également d'un dumping syndrome.

H - TROUBLES HEPATO-VESICULAIRES

(tableau XXI)

21 patients s'en plaignent. Les opérés type POLYA ont, semble-t'il, des répercussions plus nettes à ce sujet. Les renseignements fournis par les patients ne sont pas assez précis pour parler de "syndrome de l'anse afférente" (que nous avons décrit au chapitre complications partie I).

Cependant, si nous regardons à nouveau le tableau XIItenant compte de tous les malaises post-prandiaux sans préciser, 40,5 % des opérés type POLYA en présentent. Mais seulement 20 % de ceux-ci présentent des malaises type dumping syndrome. La différence de pourcentage entre ces deux chiffres pourrait être dûe à une pathologie de stase dans l'anse afférente ; ce qui correspondrait à peu près aux 25,5 % des opérés type POLYA se plaignant de troubles hépato-vésiculaires.

I - CLASSIFICATION DES TROUBLES DIGESTIFS SELON LA GENE OCCASIONNEE

Nous pouvons donc dire qu'un assez grand nombre de sujets présente de petits troubles digestifs.

Nous avons voulu classer en 3 catégories ces troubles digestifs. (tableau XXII)

TABLEAU XXI

Troubles hépatovésiculaires	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
	2 10,5 %	7 16,3 %	12 25,5 %	21 19,4 %
Total cas	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

Cette classification est d'ailleurs assez représentative de l'association des différents troubles que peut présenter un même patient. En effet, parmi les sujets n'ayant que des troubles mineurs, nous trouvons 58,5 % de patients ne présentant qu'une seule sorte de troubles. Dans la catégorie "troubles gênants", aucun sujet n'a moins de 3 troubles associés. (tableau XXIII)

Sur le tableau, il apparaît assez nettement que les opérés type BILLROTH II ont un meilleur transit digestif. Cette impression se dégageait des tableaux précédents.

Si nous reprenons les différentes questions :

- "Pouvez-vous manger n'importe quoi ?" (tableau X)
- "Avez-vous ressenti les mêmes douleurs qu'avant ?" (tableau XIII)
- "Avez-vous des brûlures d'estomac ?" (tableau XIV)
- "Avez-vous l'impression d'avoir l'estomac trop petit ?" (tableau XV)
- "Avez-vous des malaises avant les repas ?" (tableau XVI)
- "Avez-vous des malaises post-prandiaux ?" (tableau XVII)
- "Avez-vous des vomissements ?" (tableau XIX)

à chaque fois les pourcentages sont en faveur de la technique BILLROTH II de 15 à 20 %.

Il semble que la moindre étendue de la gastrectomie pour les interventions pratiquées selon la technique de BILLROTH II explique le plus grand confort digestif de ces patients.

TABLEAU XXII

[illegible]	TROUBLES DIGESTIFS GENANTS	PETITS TROUBLES DIGESTIFS	AUCUN TROUBLE
Mêmes douleurs qu'avant	les ressent fréquemment	a ressenti les mêmes douleurs qu'avant l'opération	NON
Brûlures estomac	en a fréquemment	a des brûlures	NON
Sentation d'avoir l'estomac trop petit		OUI	NON
Malaises avant les repas	gros malaises	petits malaises	Aucun
Malaises après les repas	malaises obligeant à s'allonger	malaises	Aucun
Vomissements	alimentation	bile et autres	Aucun
Diarrhée	diarrhée fréquente ou gênante	quelquefois	NON

TABLEAU XXIII

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Aucun trouble	8 42 %	8 18,6 %	7 14,9 %	23 21,1 %
Petits troubles digestifs	7 36,6 %	17 39,5 %	25 53 %	49 45 %
Troubles digestifs gênants	4 21 %	18 42 %	15 32 %	37 33,8 %
Total cas	19 100 %	43 100 %	47 100 %	109 100 %

CHAPITRE IV : ETAT GENERAL

A - LE POIDS

• Remarque préliminaire

Dans la classification adoptée, (que nous verrons plus loin) :

- 21,5 % des sujets aux bons et très bons résultats ont légèrement perdu du poids.
- 51,5 % des sujets aux résultats assez bons ou passables, également.
- 80 % des sujets aux résultats médiocres au aussi. Mais 50 % ont eu une perte supérieure ou égale à 10 kg.

Ces variations se rapportant au dernier poids mesuré avant l'intervention.

Nous constatons donc que les variations de poids ne sont que le reflet grossier de l'état digestif du malade ; c'est pourquoi, ce critère (poids) n'a pas été retenu en tant que facteur isolé dans notre classification ; malgré sa valeur objective.

Question posée :"Quel est votre poids actuel ? Quel était votre poids avant l'opération ? Quel était votre poids avant que votre ulcère ne se déclare ?".

a) poids à long terme après l'intervention, comparé au poids dans les premiers temps de la maladie.

Remarque : 64 % des sujets nous ont donné un chiffre concernant leur poids au début de la maladie.

Si nous en croyons les chiffres la plupart des sujets ont perdu du poids (89,5 % des PEAN et 90,5 % des POLYA) excepté les opérés type BILLROTH II (45,5 %) (Mais 8 de ces derniers ne se souviennent plus de leur poids au début de leur maladie).

b) poids dans les suites lointaines, comparé au poids avant l'intervention. (tableau XXIV)

Près de la moitié des sujets ont perdu du poids (perte supérieure ou égale à 3 kg).

Pour le 1/3 de ces sujets, le déficit est supérieur à 10 kg. (Mais parallèlement pour la moitié des sujets, parmi ceux qui ont vu leur poids augmenter, le gain est supérieur à 10 kg).

La question est de savoir si ces variations de poids se sont faites dans les suites immédiates ou à long terme.

c) poids dans les suites immédiates comparé au poids avant l'intervention.

Plus des 2/3 des sujets (73,5 % opérés type BILLROTH II et 75 % opérés type PEAN) ont pris du poids dans les suites immédiates, mais avec une proportion plus faible pour les opérés type POLYA (45,5 %).

d) poids actuel en 1972, comparé au poids dans les suites immédiates.

TABLEAU XXIV

Poids comparé à celui avant l'intervention	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Perte de poids supérieure à 3 kg	6 37,5 %	19 44,2 %	21 52,5 %	46 46,5 %
Poids inchangé ou ayant changé dans une limite de 3 kg	4 25 %	10 23,2 %	12 30 %	26 26,2 %
Augmentation de poids supérieure à 3 kg	6 37,5 %	11 25,6 %	7 17,5 %	24 24,2 %
Nombre de sujets ne connaissant pas leurs variations	3	0	7	10
Total connu	16 100 %	43 100 %	40 100 %	99 100 %

Gain pour 46,8 % des opérés type BILLROTH II, 21,6 % des opérés type PEAN et 16,2 % des opérés type POLYA.

54 % des patients conservent à long terme le poids qu'ils ont acquis dans les suites immédiates de l'intervention. BERGERET et CAROLI (3), en 1931, mertionnaient en parlant des sujets qui ont "engraissé" de 3 à 5 kg dans les suites immédiates, de leur intervention, et dont le poids est ensuite resté stationnaire :"Malgré l'absence d'aucuns troubles chez ces sujets, la guérison de la maladie gastrique n'a pas entrainé de métamorphose dans leur physiologie". et "Il semble donc que la maigreur des ulcéreux n'est pas liée à la souffrance ni au régime qu'elle impose, mais à un état constitutionnel qui leur survit".

e) <u>comparons les variations de poids suivant les trois types d'intervention</u>.

Si nous reprenons les paragraphes (a), (b), (c), (d), à chaque fois les opérés type BILLROTH II ont un pourcentage nettement en leur faveur ; et les opérés type POLYA ont les résultats les plus défavorables.

En ce qui concerne les opérés type BILLROTH II nous avions d'ailleurs la même impression au sujet de l'état digestif ; et ceci semble-t'il indépendemment du fait que pour les opérés type PEAN, la physiologie est mieux conservée sur le plan bilio-pancréatique.

B - <u>SENSATION DE FATIGUE</u>

La sensation de fatigue nous semble un bon critère de l'état général tel qu'il est vécu subjectivement.

Question posée :"Vous sentez-vous plus fatigué depuis l'opération ? Ou moins ?". (tableau XXV)

La moitié des patients n'a donc pas de retentissement à ce sujet (que ce soit favorablement ou défavorablement).

C - RETENTISSEMENT IMPORTANT DE LA GASTRECTOMIE SUR L'ETAT GENERAL

Remarque : en ce qui concerne la tuberculose, cette question a été vue au chapitre "complications". (Parmi les sujets ayant répondu au questionnaire, nous retrouvons 2 patients dont les observations avaient été citées dans ce chapitre :

- pour l'un, la tuberculose est apparue dans les suites de la gastrectomie. Ce patient a été classé dans les résultats médiocres.

- pour l'autre cas, l'interférence de la gastrectomie est moins nette sur l'apparition de la maladie tuberculeuse puisqu'un fils de ce patient était déjà tuberculeux avant l'intervention du père).

a) Retentissement sur l'activité professionnelle.

5 des opérés sur 109, ne travaillent plus actuellement, et pourtant, sont en âge de travailler.

(I) LOVER... 62 ans à l'intervention - homme - ulcère duodénal

16.10.70 : BILLROTH II + vagotomie. Anatomie : ulcère calleux postérieur du début du 2è duodénum ("perforé bouché" dans le pancréas). Réaction inflammatoire. Suites immédiates perturbées.

TABLEAU XXV

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
MOINS FATIGUES	1 5,25 %	11 25,5 %	10 23,2 %	22 21 %
Parmi ces sujets, ont moins de 60 ans	0	6 54,5 %	4 40 %	10 45,5 %
Parmi ces sujets, ont plus de 60 ans	1	5 45 %	6 60 %	12 54,5 %
PLUS FATIGUES	6 31,5 %	14 32,5 %	14 32,5 %	34 29,5 %
Parmi ces sujets, incriminent l'âge	1	1	1	3
Parmi ces sujets, ont moins de 60 ans	! 2 33,3 %	8 57 %	6 43 %	16 51,5 %
Parmi ces sujets, ont plus de 60 ans	4	6	8	18
N'ont pas répondu	0	0	4	4
N'ont pas noté de changement	13 68 %	19 44 %	20 46,5 %	53 49,6 %
Nombre total de cas	19 100 %	43 100 %	43 100 %	105 100 %

1972 : questionnaire : "Mange autant qu'avant peut manger n'importe quoi. Aucun trouble digestif. Poids inchangé". Classé "en longue maladie" à la Sécurité Sociale. Pas de troubles psychiques.

La gastrectomie ne semble pas en cause pour ce cas.

- 0 -

(II) MUTTO... - 38 ans à l'intervention - homme -
terrain névropathique.
syndrome épigastrique depuis 4 ans.
opéré le 11.4.58 : BILLROTH II. Anatomie : ulcère de l'angulus de la petite courbure, plus sténose hypertrophique du pylore.
Suites immédiates perturbées.
1972 : questionnaire : "Mange autant qu'avant, peut manger n'importe quoi. Troubles digestifs très minimes. Poids inchangé." Troubles psychiques. Invalidité.

Pour ce cas où le terrain psychique était défavorable au point d'être "handicapant" dans les suites de la gastrectomie selon les propres termes du patient.

(III) BOCC... - femme - 45 ans à l'intervention -
sténose pylorique.
1969 : PEAN. Anatomie : ulcère sténosant calleux du pylore.
Suites immédiates perturbées.
Cure à Chattel-Guyon.
1972 : questionnaire : Ne mange pas autant qu'avant. Ne peut manger n'importe quoi. Troubles digestifs. Perte de poids de 5 kg depuis l'intervention. Se plaint de troubles nerveux qu'elle n'avait pas auparavant et se sent plus fatiguée. Invalidité.

Là aussi répercussion importante de la gastrectomie sur le plan psychique.

(IV) BREN... - opérée le 19.5.67 d'un cystadénocarcinome papillaire de l'ovaire, intervention suivie de radiothérapie.

53 ans à l'intervention gastrique au cours de la même année : PEAN + vagotomie pour syndrome ulcéreux ancien. Anatomie : ulcère calleux duodénal.

Suites immédiates simples.

1972 : questionnaire : "Ne mange pas autant qu'avant. Ne peut manger n'importe quoi. Troubles digestifs. Perte de poids de 5 kg. Invalide 2è catégorie".

Il semble clair que pour cette patiente la gastrectomie n'est pas seule en cause.

(IV) DESO... - 33 ans à l'intervention - homme -

syndrome ulcéreux évoluant depuis plusieurs semaines.

intervention demandée par le patient : le 21.2.66 : PEAN + DRAGSTEDT. Anatomie : ulcère évolutif de la petite courbure.

Suites immédiates simples.

1972 : questionnaire : "Mange plus qu'avant. Peut manger n'importe quoi. A gagné 9 kg. Douleurs rénales à la suite d'un accident de travail "longue maladie". Pas de troubles psychiques".

Pour ce cas, la longue maladie semble clairement due aussi à une autre cause que la gastrectomie.

Nous pouvons donc considérer que pour ces 5 sujets ne travaillant plus, pour 2 cas seulement la cause semble directement rattachable à la gastrectomie,

par les répercussions psychiques que celle-ci a engendrées.

Ces 2 patients ont été classés : "résultats médiocres".

Précisons que l'estimation des répercussions de la gastrectomie sur le travail est tempérée aussi par le fait que 39,5 % des patients ont actuellement atteint l'âge de la retraite.

D'autre part, pour 2 patients, ne travaillant plus, suite à leur gastrectomie, nous en comptons 2 par contre qui ont noté une amélioration sur ce plan.

b) Troubles neuro-psychiques.

3 patients sur 109 se plaignent de troubles neuro-psychologiques ; ce dont ils ne souffraient pas avant l'intervention :

(I) BOCC... (voir paragraphe précédent). Ces troubles ont entrainé l'invalidité.

(II) PERR... - antécédents de pleurésie droite en 1954 - femme -

55 ans à l'intervention gastrique (ulcère duodénal diagnostiqué 7 ans auparavant).

1 hématémèse.

le 1.12.56 : BILLROTH II. Anatomie : ulcère duodénal "perforé-bouché" dans le foie. Plus sténose duodénale serrée.

Suites immédiates : anxiété et ne reprend pas son poids antérieur.

1970 : opérée pour cancer du sein droit.

1972 : questionnaire : "Ne mange pas autant qu'avant. Mais peut manger n'importe quoi. Quelques troubles digestifs. Perte de 8 kg depuis l'intervention.

se plaint de troubles hépatiques. Se sent plus fatiguée. A été hospitalisée plusieurs fois pour son état psychique".

Pour ce cas, on peut estimer que le cancer du sein a interféré au moins à partie égale avec la gastrectomie.

(III) MEZOF... - 46 ans à la 2è intervention. Homme.

1955 : 1ère intervention : suture d'ulcère duodénal simple sans gastro-entéro-anastomose.

1966 : récidive ulcéreuse.

28.1.66 : POLYA + vagotomie. Anatomie : ulcère du haut de la petite courbure avec gros foyer adhérentiel.

1972 : questionnaire :"Ne mange pas autant qu'avant. Ne peut manger n'importe quoi. Pas de troubles digestifs. Poids inchangé. Se plaint de troubles hépatiques. Se sent plus fatigué. "Etat nerveux" depuis l'intervention. Mais pas de retentissements sur le travail".

Donc pour 1 seul de ces 3 patients, les troubles neuro-psychologiques ont engendrés l'invalidité (I).

Pour un autre de ces 3 cas (II), la pathologie intercurrente explique ces troubles en partie.

D - RETENTISSEMENT SUR LA VIE SEXUELLE

Question posée :"Avez-vous à signaler quelque chose sur votre vie sexuelle qui vous semble rattachable à votre intervention ?

(I) MONT... - antécédents de névrose dépressive type mélancolique.

- 60 ans à l'intervention. Homme.

- le 6.2.69 : PEAN + vagotomie pour ulcération simple de la petite courbure. Suites immédiates : syndrome épigastrique plus hyperpondérose.

- 1972 : questionnaire : "Mange autant qu'avant. Ne peut manger n'importe quoi. Troubles digestifs. Se plaint du foie et des nerfs. Se sent moins fatigué depuis l'intervention. Retraité. Pas de vie sexuelle depuis son intervention".

Donc pour ce cas, le terrain explique la déficience sexuelle.

(II) BOUZ... - transplanté.

- 28 ans à l'intervention.

- le 15.1.70 : PEAN + vagotomie pour ulcère calleux du bord supérieur du 1er duodénum.

- suites immédiates simples.

- 1972 : questionnaire : "Non satisfait par son opération. Ne mange pas autant qu'avant. Ne peut manger n'importe quoi. Troubles digestifs gênants. A perdu 11 kg. Se sent plus fatigué mais travaille. Ne peut avoir des rapports fréquents comme avant".

Là aussi, le terrain explique en partie la déficience sexuelle.

(III) TOURN... - 50 ans à la 2è intervention - homme.

- le 10.7.60 1ère intervention : suture simple d'ulcère duodénal pylorique + autre petit ulcère duodénal calleux.

- 2è intervention le 18.11.60 : POLYA pré-colique pour persistance de l'ulcère duodéno-pylorique.

Suites immédiates simples.

- 1972 : questionnaire :"Mange autant qu'avant. Peu de troubles digestifs. A gagné 8 kg. Se plaint de troubles vésiculaires. Note amélioration dans son travail. Affaiblissement sexuel".

Pour ce cas, rien ne permet d'expliquer l'affaiblissement sexuel en dehors de la gastrectomie (excepté peut-être la prise d'âge : 62 ans actuellement)

(IV) CAVALL.... - 54 ans à l'intervention - Homme -

- le 13.11.59 : POLYA pour ulcère duodénal.

- suites immédiates : dumping syndrome.

- 1972 : questionnaire :"Mange moins qu'avant. Ne peut manger n'importe quoi. Troubles digestifs. Poids inchangé. Se plaint de troubles hépatiques. Retraité. Vie sexuelle moindre".

La vie sexuelle est sans doute moins intense à 67 ans qu'à 54 ans....(?)

(V) CAVALL... B - terrain névropathique.

- 28 ans à l'intervention - homme -

- le 19.7.48 : POLYA pour ulcère duodénal. Suites simples.

- 1960 : hématémèse.

- 1972 : questionnaire :"Mange autant qu'avant. Peut manger n'importe quoi. Troubles digestifs gênants. Poids inchangé. Travaille. Se plaint de troubles hépato-vésiculaires et de troubles nerveux. "Impuissant périodiquement".

Donc : terrain psychique.

Ainsi, pour 2 cas (I) et(V), les troubles sexuels sont rapportés au psychisme. Pour 1 cas, il s'agit d'un transplanté (II). Pour les 2 autres cas (III) et (IV), seule la prise d'âge permet d'expliquer le trouble, en dehors de la gastrectomie proprement dite.

E - AUTRES RETENTISSEMENTS EVENTUELS

Rhumatismes (tableau XXVI)

7 personnes qui ne souffraient pas de rhumatismes avant l'intervention, en souffrent actuellement, et sont âgées de moins de 60 ans.

F - CLASSEMENT DES REPERCUSSIONS SUR L'ETAT GENERAL

Nous avons classé par ordre croissant d'intensité le retentissement sur l'état général. (tableau XXVII)

Nous remarquons que la proportion des sujets ayant un retentissement sur le poids sans autres retentissements associés est tout de même importante (39 %).

Considérant que cette perte de poids isolée constitue une légère perturbation de l'état général, même si elle est minime, on constate une proportion importante de sujets qui ont un retentissement sur cet état général. Comparant les 3 types d'intervention, nous ne trouvons pas de différencesnotables.

TABLEAU XXVI

RHUMATISMES	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
En ont actuellement mais en avaient avant	7 37 %	12 28 %	13 27,6 %	32 29,5 %
En ont actuellement n'en avaient pas avant	1 5,25 %	6 14 %	15 32 %	22 20,5 %
Sujets ayant actuellement du rhumatisme . qui n'en avaient pas avant . âgés de moins de 60 ans au moment où ils ont répondu au questionnaire	0 0 %	3 7 %	4 8,5 %	7 6,41 %
	19 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %

TABLEAU XXVII

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
Retentissement sur l'état général	12 63 %	30 70 %	30 64 %	72 64,1 %
Parmi ceux-ci :	19 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	109 cas 100 %
. Perte poids isolée	3 25 %	12 40 %	13 43,5 %	28 39 %
. Sensation de fatigue isolée	6 50 %	14 3,33 %	1 3,33 %	70 9,7 %
. Perte de poids . Se sentent plus fatigués	1 8,45 %	4 13,3 %	5 16,6 %	10 13,9 %
. Perte de poids . Se sentent plus fatigués . Autres retentissements associés	2 16,7 %	3 10 %	3 10 %	8 11,1 %
. Retentissements isolés autres que poids et fatigue	0 0 %	10 % 10 %	9 30 %	19 26,4 %
	12 cas 100 %	30 cas 100 %	30 cas 100 %	72 cas 100 %

CHAPITRE V : CLASSIFICATION DES GASTRECTOMIES EN 5 GROUPES

Tenant compte des répercussions sur l'état digestif et général de la gastrectomie, nous avons classé les sujets en 5 catégories.

Remarques préalables :

- 3 opérés type BILLROTH II (sur 221 cas) pour lesquels est survenue, dans les suites de l'intervention, une récidive de l'ulcère anastomotique, ont dû être réopérés.

Ces 3 cas ont été joints à la statistique des 109 cas (des sujets ayant répondu au questionnaire) : ils entrent en effet dans le cadre des suites lointaines parfaitement précisées.

- 1 de ces 3 patients a récidivé l'ulcère anastomotique sur gastrectomie type POLYA : cette intervention sera donc comptée en tant que telle.

- au total, donc, 113 interventions.

LA CLASSIFICATION

Les 5 groupes s'intitulent ainsi :

1 - groupe des très bons résultats

Ces sujets mangent tous autant qu'avant. Pour la plupart, peuvent manger n'importe quoi. Ils ne présentent aucun trouble digestif. Leur poids est augmenté ou inchangé.

2 - groupe des bons résultats

Les caractéristiques de ce groupe sont identiques à celles du groupe précédent. On note cependant chez ces sujets la présence de petits troubles digestifs périodiques. Le poids est augmenté ou inchangé.

3 - groupe des résultats assez bons ou passables

Les sujets entrant dans ce groupe présentent des troubles digestifs, (parfois gênants : par exemple type dumping syndrome, obligeant à s'allonger). Mais les sujets se disent toujours satisfaits de leur intervention (qui n'a eu aucun retentissement sur leur vie sociale et professionnelle). Un déficit de poids peut être associé.

Note : Nous avons classé ces 3 premiers groupes en nous basant sur le tableau XXII :"classification des troubles digestifs".

4 - groupe des résultats médiocres

Il comprend les patients pour lesquels nous avons noté un important retentissement sur l'état général (tuberculose, invalidité, troubles neuro-psychiques graves).

5 - groupe des mauvais résultats

Récidive de l'ulcère.(tableau XXVIII)

TABLEAU XXVIII

	Très bon	Bon	Assez bon ou passable	Médiocre	Mauvais	
ETAT DIGESTIF	Aucun trouble digestif	Petit troubles digestifs	Troubles digestifs	Troubles digestifs	ulcère anastomotique	
ETAT GENERAL				.Gros retentissement .Tuberculose . Invalidité .Troubles neuropsychiques graves		
BILLROTH II	9 41 %	5 22,6%	5 22,6 %	1 4,55 %	3 13,6	22 100%
PEAN	8 18,6 %	17 39,5%	14 32,5 %	2 4,65 %	1 2,23	43 100%
POLYA	13 27 %	11 23 %	19 39,5 %	1 2,07 %	1 2,07	48 100%
TOTAL	30 26,5 %	33 29,2%	38 33,5 %	4 3;52 %	5 4,42	113 100%

Nous pouvons appeler "satisfaisants" les résultats des 3 premiers groupes (trés bons, bons, assez bons ou passables) : ils concernent sensiblement 90 % des cas ; il s'agit des patients pour lesquels la gastrectomie n'a pas eu de conséquences graves. La proportion des sujets"guéris" est inférieure. En effet, pour la catégorie comprenant les résultats "assez bons" ou "passables", une subdivision était parfois délicate à établir.

Quant aux résultats "non satisfaisants"(Médiocres ou mauvais), ils sont de 10 % environ.

Le taux des très bons résultats est sensiblement supérieur pour les opérés type BILLROTH II.

Par contre, si l'on considère l'ensemble des bons et très bons résultats, les interventions type PEAN et BILLROTH II sont comparables.

Mais on compte 3 ulcères anastomotiques pour les opérés type BILLROTH II.

CHAPITRE VI : RESULTATS COMPARATIFS AVEC LA LITTERATURE

Nous avons comparé nos résultats avec 12 travaux (pour lesquels nous avons trouvé une classification précise des résultats).

Pour les travaux suivants, nous avons essayé de reporter dans nos catégories (très bons, bons, assez bons ou passables, médiocres, mauvais) la classification de ces auteurs ; évidemment sans rien modifier à leur classification propre et à leurs pourcentages.

Comme précédemment pour nous-mêmes, nous avons considéré comme "résultats satisfaisants" leurs résultats entrant dans nos 3 premières catégories.

Nous ne retranscrirons pas la façon dont ils ont établi leur propre classification ce qui serait long et fastidieux. (tableau XXIX)

En conclusion : nos résultats se classent en position pour le moins honorable dans cette classification comparée.

TABLEAU XXIX

NOTRE CLASSIFICATION	TRES BONS	BONS	ASSEZ BONS OU PASSABLES	MEDIOCRES	MAUVAIS
BOISSON (5) Thèse Lyon 1960 462 cas . Satisfaisants 87,8 % Non satisfaisants 12,2 %	"Très bons" 18 %	"Bons" 48,1 %	"Assez Bons" 21,7 %	"Résultats Imparfaits" 12,2 %	
BIRCKEL (4) Thèse Strasbourg 1958: 164 cas . Satisfaisants 80 % . Non satisfaisants 20 %	"Excellents" 50 %	"Satisfaisants" 30 %	"Mauvais" 20 %	"Mauvais"	
ROUX (M) (28) 1968 392 cas . Satisfaisants plus de 84,1 % . Non satisfaisants moins de 15 %	"Bons" 84,1 %	"Bons"	"Passable" 14,7 %	"Mauvais" 1,3 %	

TABLEAU XXIX (suite)

NOTRE CLASSIFICATION	TRES BONS	BONS	ASSEZ BONS OU PASSABLES	MEDIOCRES	MAUVAIS
FONTAINE (11) Thèse Lille 1957 400 cas . Satisfaisants 79,5 % . Non satisfaisants 20,5 %		"Satisfaisants" 79,5 %	"Satisfaisants"	"Non satisfaisants" 20,5 %	
TAGUET (29) Thèse Lille 1949 . Satisfaisants supérieurs à 64 % . Non satisfaisants inférieurs à 35 %		"Bons"	"Bons" 64 %	"Bons"	"Défavorables" 35 %
ROME (6) (27) 1950 . Satisfaisants supérieurs à 78 % . Non satisfaisants inférieurs à 22 %	"Aucun trouble" 58 %	"Petits troubles" 20 %	"Petits troubles" 22 %		

TABLEAU XXIX (suite)

NOTRE CLASSIFICATION	TRES BONS	BONS	ASSEZ BONS OU PASSABLES	MEDIOCRES	MAUVAIS
DEYCELON et ELANCHET (25) 1950 441 cas . Satisfaisants inférieurs à 95 % . Non satisfaisants supérieurs à 5 %	"Parfaits" 80 %	"Bons"	"Bons" 15 %	"Mauvais" 5 %	
LOYGUES (19) 1951 . Satisfaisants supérieurs à 80 % . Non satisfaisants autour de 10 %	"Guérison" 70 à 80 %		"Séquelles légères" 8 à 10 %	"Echecs"	
HILLEMAND (14) 1953 169 cas . Satisfaisants supérieurs à 48 % . Non satisfaisants inférieurs à 52 %	"Se félicitent de leur intervention" 48 %		"Insatisfaits" 52 %	"Insatisfaits"	

TABLEAU XXIX (suite)

NOTRE CLASSIFICATION	TRES BONS	BONS	ASSEZ BONS OU PASSABLES	MEDIOCRES	MAUVAIS
BONTRY (6) Thèse Paris 1953 . Satisfaisants supérieurs à 71 % . Non satisfaisants inférieurs à 25 %	"Très bons" 34 %		"Bons" 37 %	"Passables" 14 %	"Mauvais" 11 %
WEISS (35) 1955 . Satisfaisants supérieurs à 81 % . Non satisfaisants inférieurs à 18 %	"Excellents" 55 %	"Bons" 27 %	"Mauvais" 18 %		
MOUCHET (22) 1956 275 cas . Satisfaisants supérieurs à 89 % . Non satisfaisants inférieurs à 11 %	"Excellents" 41 %	"Bons" 48 %	"Moyens" 8 %	"Médiocres" 3 %	

TABLEAU XXIX (fin)

NOTRE CLASSIFICATION	TRES BONS	BONS	ASSEZ BONS OU PASSABLES	MEDIOCRES	MAUVAIS
DE VERNEJOUL (9) 1956	"Très bons"	"Bons"	"Moyens"	"Médiocres	"Mauvais
953 cas . Satisfaisants inférieurs à 91,3% . Non satisfaisants supérieurs à 9,1 %	40,8 %	29,7 %	20,8 %	5,3 %	3,8 %

- note importante :

Cette comparaison est établie indépendemment du type d'intervention pratiquée : il s'agit, pour chaque auteur, de l'ensemble de ses résultats de gastrectomies.

CHAPITRE VII : INFLUENCE DE DIFFERENTS FACTEURS SUR LES RESULTATS DE LA GASTRECTOMIE

A - TEMPS ECOULE DEPUIS L'INTERVENTION

Les 3 types d'intervention n'ont pas été pratiquésdans les mêmes proportions à toutes les époques sur la période de 20 ans qui nous concerne :

- nous n'avons aucune intervention type POLYA pratiquée depuis 4 ans.
- un nombre infime d'interventions type BILLROTH II a été pratiqué depuis 9 ans. (tableau XXX)

En ce qui concerne les résultats comparés des 3 types d'interventions, ils sont très détaillés dans notre conclusion finale. Nous ne les répéterons pas ici.

B - RESULTATS SELON L'AGE A L'INTERVENTION

Les plus forts pourcentages de très bons résultats se situent dans les tranches d'âge 50 - 60 ans (31 %) et 60 - 70 ans (26 %). Ce qui semblerait s'expliquer par la moindre évolutivité de la lésion ulcéreuse chez l'individu âgé. Nous avions fait la même remarque pour les suites immédiates post opératoires.

TABLEAU XXX

TEMPS ECOULE DEPUIS L'INTERVENTION	TRES BON	BON	BON OU PASSABLE	MEDIOCRE	MAUVAIS	TOTAL TRANCHE
0 à 4 ANS						
BILLROTH II	0	1	0	0	2	3
PEAN	6 21,5 %	8 28,5 %	11 39,2 %	2 7,15 %	1 3,56 %	28 100 %
POLYA	-	-	-	-	-	-
5 à 9 ANS						
BILLROTH II	-	-	-	-	-	-
PEAN	9 -	19 69 %	4 30,6 %	-	-	14 100 %
POLYA	7 39 %	4 21,2 %	5 27,7 %	1 5,55 %	1 5,55 %	18 100 %

TABLEAU XXX (fin)

TEMPS ECOULE DEPUIS L'INTERVENTION	TRES BON	BON	ASSEZ BON OU PASSABLE	MEDIOCRE	MAUVAIS	TOTAL TRANCHE
10 à 14 ANS						
BILLROTH II	1 11,1 %	3 33,3 %	3 33,3 %	1 11,1 %	1 11,1 %	18 100 %
PEAN	-	-	-	-	-	-
POLYA	4 14,3 %	7 25 %	15 46,4 %	1 3,7 %	-	27 100 %
15 ANS et au-delà						
BILLROTH II	5 45,5 %	4 36,3 %	2 18,2 %	- -	- -	11 100 %
PEAN	-	2	-	-	-	2
POLYA	1	-	1	-	-	2

C - LE SEXE

Nous n'avons pas observé de différences significatives de nos résultats selon le sexe.

Nous n'en avions pas trouvé non plus pour les suites immédiates post-opératoires.

D - TEMPS DE SOUFFRANCE AVANT L'INTERVENTION

Question posée : "Combien de temps avez-vous souffert avant de vous faire opérer?".

Nous n'avons pas noté de différences significatives entre les tranches d'âge à ce sujet.

E - INDICATIONS

Pas de différences significatives de résultats en ce qui concerne l'ensemble des bons et très bons résultats (55 à 60 %) selon que l'indication opératoire a été portée pour hémorragie, douleur ou sténose ; pour les perforations le taux de bons et très bons résultats est inférieur de 10 à 15 % aux autres indications. Nous avions fait la même remarque pour les suites immédiates post-opératoires.

En ce qui concerne la comparaison des 3 types d'intervention, pour l'indication "douleur", les résultats sont nettement favorables aux opérés type BILLROTH II (77,9 de bons et très bons résultats) par rapport aux 2 autres types d'intervention (50 % de bons et très bons résultats). Nous avions trouvé les proportions inverses pour les suites immédiates : ce qui semblerait montrer qu'à distance de l'intervention le transit digestif des opérés type BILLROTH II s'améliore sensiblement.

D'ailleurs, dans le paragraphe intitulé "poids actuel en 1972, comparé au poids dans les suites immédiates", nous avions noté un gain de poids pour 46,8 % des opérés type BILLROTH II, alors que ce gain n'était en moyenne que de 20 % pour les 2 autres types d'intervention.

F - SIEGE DE LA LESION

Lorsque le siège de l'ulcère est gastrique, le résultat de l'ensemble des gastrectomies est nettement plus satisfaisant (81,2 % de bons et très bons résultats) que lorsque le siège de l'ulcère est duodénal (44,4 % de bons et très bons résultats).

Les 4 ulcères anastomotiques concernent des gastrectomies pour ulcère duodénal.

Nous avions tiré les mêmes conclusions pour les suites immédiates de l'intervention.

Par contre, il n'y a aucune différence notable de résultat selon les différents types de gastrectomies.

G - ANCIENNETE DE LA LESION ANATOMIQUEMENT

Paradoxalement, pas de différence sensible de résultats selon que l'ulcère était calleux (59,6 % de bons et très bons résultats) ou en phase aiguë (52 % de bons et très bons résultats) à l'intervention.

L'impression était identique pour les suites immédiates.

Cependant; l'impression était différente dans la "partie I" de notre travail, en ce qui concernait les complications.

H - VAGOTOMIE

(tableau XXXI)

98 % des opérés type PEAN ont été vagotomisés.

Un nombre infime d'opérés type BILLROTH II et POLYA l'ont été.

Donc l'influence de la vagotomie sur les suites des interventions se confond avec les résultats de la technique PEAN.

I - TERRAIN

Le nombre de patients au terrain défavorable ayant un bon ou très bon résultat (43,5 %) est inférieur de 13 % aux autres patients.

La même proportion de sujets ont eu des suites simples dans l'immédiat post-opératoire.

Remarque : nous avons décrit à propos des 221 cas ces "mauvais terrains" dont la pathologie a pu interférer avec la gastrectomie ou ses suites. (Partie I)

TABLEAU XXXI

	BILLROTH II	PEAN	POLYA	TOTAL
VAGOTOMIE	1 4,55 %	42 98 %	4 8,5 %	47 42 %
Pas de VAGOTOMIE	21 9,55 %	1 2,32 %	43 9,2 %	65 58 %
	22 cas 100 %	43 cas 100 %	47 cas 100 %	112 cas 100 %

PARTIE III

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES EVENTUELLES

A - FACTEURS COMMUNS AUX 3 TYPES D'INTERVENTION QUI ONT PU RETENTIR SUR LE RESULTAT DE LA GASTRECTOMIE

- La prise d'âge favorise les suites "sereines"
- Le sexe n'a pas d'influence
- Le terrain du malade a une influence sensible Ceci est surtout net pour les éthyliques chez qui survient le maximum de complications, et chez qui la carence nutritionelle provoquée par l'intervention potentialise les effets de l'intoxication.
- L'indication de la gastrectomie est bonne pour les ulcères de siège gastrique. Les complications concernent les ulcères de siège duodénal.
- L'ancienneté de la lésion lorsque le siège de l'ulcère est duodénal et lorsqu'il s'accompagne de périviscérite favorise la survenue de complications.
- Sur le plan diététique, peu de sujets font un nombre de repas supérieur à 3.

Dans notre statistique, ceci ne semblerait pas retentir sur le résultat.

B - COMPARAISON DES 3 TYPES D'INTERVENTION

- Le confort et le transit digestifs sont meilleurs pour les opérés type BILLROTH II.

- Les opérés type POLYA ont le maximum de répercussions sur l'état général.

- Les opérés type PEAN ont un résultat global comparable aux opérés type BILLROTH II. Ce sont chez ces derniers que sont survenues les récidives ulcéreuses. Mais les opérés type PEAN étaient tous vagotomisés.

- Nous n'avons pas remarqué de différences notables en ce qui concerne l'indication clinique, de même pour l'indication selon le siège de l'ulcère, et sur le plan comparatif entre les 3 types de gastrectomies.

PARTIE IV : CONCLUSION

109 sujets gastrectomisés pour ulcère dans le service du Docteur TOURAINE de Pont-de-Beauvoisin, sur une période de 20 ans ont répondu à un questionnaire détaillé sur les suites de leur intervention.

Ces opérations se répartissent pour 22 d'entre elles selon la technique de BILLROTH II, 43 cas selon la technique de PEAN, 47 cas selon la technique de POLYA.

La moyenne d'âge est élevée puisqu'au moment de l'intervention, 66 % avaient plus de 50 ans.

Si l'on envisage l'ensemble des gastrectomies, les bons et très bons résultats sont de 55,7 %
résultats assez bons ou passables 33,5 %
médiocres ou mauvais résultats 7,94 %

Ces pourcentages sont confirmés par les opérés de plus de 10 ans de recul avec :
26 cas sur 50 de bons et très bons résultats, soit 52 %
3 cas sur 19 de médiocres ou mauvais résultats, soit 15,8 %

Sur l'ensemble des opérés,

37,6 % ont un confort digestif maximal,

34 % ont des troubles digestifs parfois gênants,

64,1 % ont un léger retentissement sur l'état général.

Les résultats comparatifs des 3 types d'intervention à long terme sont délicats car en 20 ans, les proportions des différents types d'intervention ont varié notablement.

Si l'on ne tient pas compte du temps écoulé depuis l'intervention, il y a :

63,6 % de bons et très bons résultats pour les BILLROTH II

58,1 % de bons et très bons résultats pour les PEAN

50 % de bons et très bons résultats pour les POLYA

18,1 % de médiocres ou mauvais résultats pour les BILLROTH II

6,88 % de médiocres ou mauvais résultats pour les PEAN

4,14 % de médiocres ou mauvais résultats pour les POLYA.

Ces résultats sont largement confirmés à long terme :

- au delà de 15 ans de recul pour les BILLROTH II, 9 opérés sur 11 ont un bon résultat.
- pour ceux ayant 10 à 14 ans de recul, 4 sur 9 opérés, selon la technique de BILLROTH II, ont un bon ou très bon résultat ; mais 1 de ces 9 opérés a fait un ulcère peptique 13 ans après l'opération.

11 sur 27 opérés selon la technique de POLYA ont un bon ou très bon résultat.

- pour ceux ayant un recul de 5 à 9 ans, 9 sur 13 opérés selon la technique de PEAN ont un bon résultat.

Les résultats selon la technique de BILLROTH II sont ternis par la présence de 3 ulcères peptiques. (3 sur 22 opérations type BILLROTH II), qui ont été réopérés ; 1 seul de ces ulcères peptiques est survenu tardivement après l'opération. 1 opéré selon la technique de PEAN présentait les symptomes cliniques d'un ulcère peptique mais n'a pas dû être réopéré.

En résumé, à travers cette statistique, un gastrectomisé a 5 chances sur 10 d'être très satisfait, moins d'1 chance sur 10 de ne pas l'être du tout.

Mais avec la technique de BILLROTH II, il est devant le spectre de récidiver l'ulcère 1 fois sur 10.

A l'analyse, les opérations de PEAN et de POLYA se distinguent peu l'une de l'autre quant au résultat global; mais les conséquences sur le poids et l'état général sont en faveur du PEAN. Dans la statistique, nous avons un plus grand recul pour l'opération de POLYA.

Grenoble le 2/10/1972

Le Doyen, Professeur BARRIE

Professeur CABANEL

TABLE BIBLIOGRAPHIQUE

(Référence des noms d'auteurs cités)

(1) AMDRUP E - Postgastrectomy Syndromes. Am.J.Dif.Dis, 1966, 11, 432 - 446.

(2) AUGUSTE (C) - Pathogénie et traitement médical du Dumping Syndrome : Rapport au Congrès européen de Gastroentérologie Paris 1954.

(3) BERGER et CAROLI - Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. Arch. Mal. app. digestif et nutrition, Dec 1931, p 1228.

(4) BIRCKEL (P.A.) - Contribution à l'étude comparative des résultats des résections pour ulcères gastriques suivies d'anastomoses gastro-duodénales ou gastro-jéjunales. A propos de 164 cas opérés par ces deux méthodes au Centre Hospitalier de Mulhouse. Faculté de Médecine de Strasbourg. Année 1958. N°24.

(5) BOISSON (M) - Contribution à l'étude des suites des gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux. Enquête sur 462 observations. Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. Année 1960. n°163.

(6) BOUTRY (P) - Contribution à l'étude des suites éloignées de la gastrectomie pour ulcère. thèse med. 1953.

(7) BROCHEN (G) - Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés. thèse Paris 1950.

(8) CAROLI (J) - Ictères de la gastrectomie - Arch. Mal. App. dig. et Nutr. 39, 1057, 1950.

(9) DE VERNEJOUL R. HENRY E. et DEVIN R. - les séquelles de la gastrectomie pour ulcère. Sem. Hôp. Annales de chirurgie 32 - N°9 - Sept 1956.pp. 699 - 714.

(10) FERRIER (J.P.) - Dumping Syndrome - Revue du Praticien Tome XX N°16 P. 2677 à 2689 1er juin 1970.

(11) FONTAINE (D) - Résultats éloignés des gastrectomies pour ulcères d'après 400 opérés revus - thèse médecine Lille - 1957 N°41.

(12) GIGNOUX M. - Les complications de la vagotomie, Valeur des techniques de vagotomie sélective - cahiers médicaux lyonnais vol. 46 N° 39. P. 3219 à 3224 27 nov 1970.

(13) GUIVARE H (M) - Rappel sur les interventions gastriques - Revue du praticien. Tome XX N°16. p. 2611 à 2635. j^{e} juin 70.

(14) HILLEMAND (P) - Les suites des gastrectomies pour ulcères. "l'estomac" - Act.Hep.Gast.Ent. de l'Hotel Dieu 1953 - Edit Masson 1954.

(15) HILLEMAND (B) - Les complications locales de la chirurgie gastrique - Revue du Praticien . Tome XX N° 16 p. 2661 à 2677 - ler juin 70.

(16) HOLLENDER (LF) et KOHLER (J.J.) - Les complications de la vagotomie. Revue du praticien. Tome XX - N°16 - p. 2719 à 2719 - ler juin 1970.

(17) LE OUEN (P.M.) - Contribution à l'étude des suites lointaines des gastrectomies pour ulcères de l'estomac et du duodénum (90 observations).
Thèse Médecine Bordeaux - 1952 - 1953 - n°189.

(18) LE QUINTREC (M) et LE QUINTREC (Y) - Diététique et interventions gastriques. Revue du praticien. Tome XX N°16 - p. 2729 à 2745. ler juin 1970.

(19) LOYGUES (J) - Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux et ses résultats. Revue du Praticien. N°1 oct. 1951 - p. 21 - 28.

(20) MARCHE (J) - La tuberculose pulmonaire des gastrectomisés. Gazette médicale de France. ler nov. 1952. p. 1235 - 1238.

(20 bis) MIX (CL) - "Dumping Stomach" following gastro-jejunostomyS. Clin. North Am, 2, 617, 1922.

(20 ter) MIGUET (MMJ) BOCCHIO (JJ) GROULIER (P) LATREILLE (R) BARRIE (J) - Etude comparative sur les résultats des différentes interventions chirurgicales dans le traitement de l'ulcère du duodénum non compliqué - Revue : Grenoble MédicoChirurgical - 1968 - p. 55 à 63.

(21) MOREAUX (J) et LE QUINTREC (Y) - Les ulcères anastomotiques. Revue du Praticien. Tome XX. N°16. 1er juin 1970. p. 2635 à 2661.

(22) MOUCHET (A), MARQUAND (J), GARNEY (M) et DERRION (M) Résultats de la gastrectomie pour ulcère gastro-duodénal. Etude de 275 cas. Arch. Mal. App. dig. 45 n°3. mars 1956, p. 260 - 273.

(23) PARIS (J) - Les complications générales et métaboliques de la gastrectomie. Revue du praticien. Tome XX. N°16. p. 2703 à 2719. 1er juin 1970.

(24) PERROTIN (MM) et HOLLENDER (L) - 60ème congrès français de chirurgie - Association française de chirurgie. 1958.

(25) PEYCELON (R), BLANCHET (H) - Réfléxions sur une statistique de gastrectomie pour ulcère. Journ. med. Lyon 31.739. 20 oct. 1950. p. 851 - 860.

(26) PORCHER (P) et BUFFARD (P) - Radiologie clinique de l'estomac opéré - 1957 - Masson. p. 481 - 520 et p. 550 - 555.

(27) ROUX (G) - Avenir des gastrectomisés. Arch. Mal. app. dig. 39. N°5. mai 1950. p. 617 - 619.

(28) ROUX (M), VAYRE (P) et DELBASCH (L) - Le traitement chirurgical des ulcères gastroduodénaux. Série de 392 opérés. Revue du Praticien. Tome XVIII. N° 24 p. 3441 à 3451. 21 sep. 1968.

(29) TACQUET - Contribution à l'étude des résultats éloignés de la gastrectomie pour ulcère. Thèse médicale Lille - 1949.

(30) THIRION (R) - Contribution à l'étude des résultats éloignés de la gastrectomie pour ulcère : le déficit pondéral post-opératoire séquelle éventuelle. Thèse médecine. Lyon. 1938 - 1939. N°226.

(31) VALLIN (J) - Troubles de la glycoregulation chez les gastrectomisés. Revue Praticien. Tome XX. N° 16 1er juin 70 - p. 2689 à 2697.

(32) VORRAY (A) - Précis de gastroentérologie. 1966. Masson - Paris - chap XXX p. 323.

(33) VUILLARD (P), VENOUIL (J), FISCHER (L), BRACONNOT (P) Récidives post-opératoires des ulcères gastro-duodénaux. Cahiers médicaux lyonnais. Vol 47 N°3 - 22 janv 71. p. 171 à 185.

(34) VUILLARD (P), BRACONNOT (P), VENOUIL (J), FISCHER (L) La vagotomie dans l'ulcère. Vol 46 N° 9 - 6 mars 70 p. 713 à 733.

(35) NEISS (G), HOLLENDER (L) et ZOGO MASSY - Etude du Dumping S - sur une série homogène de 100 résections gastriques pour ulcère. Arch. Mal. app. dig. 44 N°3 - mars 1955 p.291 - 303.

(36) WYCHULIS A R, PRIESTLEY J.T. and FOULK W.T - A study of 360 patients with gastrojejunal ulceration. Surg. Gynec. Obstet - 1966 - 122, 89 - 99.

TABLE DES MATIERES

- Introduction (p 5)
- Technique chirurgicale (P 8)
- PARTIE I
  - Etude des renseignements fournis par les dossiers des 221 cas (p 11)
    - x chapitre I : suites immédiates (p 12)
      le poids
      suites simples ou perturbées
    - x chapitre II : complications (p 16)
      complications locales (p 16) - A -
      complications en rapport avec l'état général (p 33) - B -
      autres complications post-opératoires (p 38)-C
    - x chapitre III : mortalité (p 41)
    - x chapitre IV : classification des patients en 3 catégories (p 45)
    - x chapitre V : influence de certains facteurs (p 47)
      âge -I-
      sexe -II-
      indication clinique -III-
      siège de la lésion -IV-
      ancienneté de la lésion -V-
      vagotomie -VI-

terrain -VII-

- PARTIE II

• Suites lointaines de 113 cas (p 53)

x le questionnaire (p 53)

x chapitre I : satisfaction du patient (p 56)

x chapitre II : confort digestif (p 58)

alimentation - A -

objets de consommation non tolérés - B -

estimation du confort - C -

x chapitre III : troubles digestifs (p 64)

douleurs - A -

brûlures - B -

sensation de petit estomac - C -

malaises avant les repas - D -

malaises post-prandiaux - E -

vomissements - F -

diarrhée - G -

troubles hépato-vésiculaires - H -

classification des troubles digestifs - I -

selon la gêne occasionnée - I -

x chapitre IV : état général (p 78)

poids - A -

sensation de fatigue - B -

retentissement important - C -

autres retentissements - D -

classement des répercussions sur l'état général - E -

x chapitre V : classification des gastrectomies en 5 groupes (p 92)

x chapitre VI : résultats comparatifs avec la littérature (p 96)

x chapitre VII : influence de différents facteurs sur les résultats de la gastrectomie (p 99)

temps écoulé depuis l'intervention - A -

âge à la date de l'intervention - B -

sexe - C -

temps de souffrance avant l'intervention - D -

indication - E -

siège de la lésion - F -

ancienneté de la lésion - G -

vagotomie - H -

terrain - I -

- PARTIE III

  - Déductions thérapeutiques éventuelles (p 105)

- PARTIE IV

  - Conclusion (p. 107)
  - Bibliographie (p. 110)

- S E R M E N T D'H I P P O C R A T E -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

- : - : -